



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**Resolução CIB/MT Nº 232 de 05 de dezembro de 2013.**

Dispõe sobre a Proposta de Aquisição de Equipamentos/Material Permanente, Proposta Nº 97530.840000/1130-03 CNES: 2569523 Centro de Saúde de São Felix do Araguaia, do município de São Félix do Araguaia da Região de Saúde Norte Araguaia Karajá do estado de Mato Grosso.

**A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e considerando:**

**I -** A Portaria GM/MS Nº. 2.198, de 17 de setembro de 2009, que dispõe sobre a transferência Fundo a Fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados a aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada;

**II -** A Portaria GM/MS Nº 2.226, de 18 de setembro de 2009, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família;

**III -** A Portaria GM/MS Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

**IV -** A Proposição Operacional da CIR Norte Araguaia Karajá Nº 015, de 22 de novembro de 2013, referente à Proposta de Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para Proposta Nº 97530.840000/1130-03 CNES: 2569523 Centro de Saúde de São Felix do Araguaia do Município de São Félix do Araguaia da Região de Saúde Norte Araguaia Karajá do Estado de Mato Grosso.

**RESOLVE:**

**Art. 1º -** Aprovar a Proposta de Aquisição de Equipamentos/Material Permanente, Proposta Nº 97530.840000/1130-03 CNES: 2569523 Centro de Saúde de São Felix do Araguaia do município de São Félix do Araguaia da Região de Saúde Norte Araguaia Karajá do estado de **Mato Grosso**, conforme Anexo Único desta Resolução.

**Art. 2º -** Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

**Cuiabá/MT, 05 de dezembro de 2013.**

**Jorge Araújo Lafetá Neto**  
**Presidente da CIB/MT**

*Jorge Araújo Lafetá Neto*  
**Secretário de Estado de Saúde**  
**Estado de Mato Grosso**

*Jairo José dos Santos Ayres*  
**Jairo José dos Santos Ayres**  
**Presidente do COSEMS/MT**



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

**ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 232 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2013**

**PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE**  
**Nº. DA PROPOSTA: 97530.840000/1130-03**

**TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA**

**RECURSO DE EMENDA PARLAMENTAR**  
- R\$ 0,00 -

Existe proposta no SICONV com o recurso?  
Não

Número da Proposta no SICONV com o recurso

**DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)**

|               |                                                     |       |         |
|---------------|-----------------------------------------------------|-------|---------|
| Nome:         | CENTRO DE SAUDE DE SAO FELIX DO ARAGUAIA            |       |         |
| Tipo Unidade: | CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA                      |       |         |
| CNPJ:         | -. /-                                               | CNES: | 2569523 |
| Endereço:     | R LUIZ GONZAGA DE SOUZA CASA - CENTRO, CEP:78670000 |       |         |

**OBJETO DA PROPOSTA**

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE

**JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA**

|                    |                                          |       |         |
|--------------------|------------------------------------------|-------|---------|
| UNIDADE ASSISTIDA: | CENTRO DE SAUDE DE SAO FELIX DO ARAGUAIA | CNES: | 2569523 |
|--------------------|------------------------------------------|-------|---------|

Para evitar que os usuarios e pacientes vão para outros hospitais em busca de atendimento e que geram filas de espera e o retardo no atendimento a pacientes graves. E imprescindível que as unidades de saude disponham de infra estruturas com equipamentos e materiais permanentes, como preceitua a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, e a Portaria nº 058/2009/GBSES e a nº 080/2010/ GBSES.

**EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE**

**UNIDADE ASSISTIDA: CENTRO DE SAUDE DE SAO FELIX DO ARAGUAIA**

**Ambiente: Consultório Odontológico**

| Nome do Equipamento                           | Qtd.                 | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|-----------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Ultrassom Odontológico                        | 1                    | 1.000,00             | 1.000,00          |
| <b>Característica Física</b>                  | <b>Especificação</b> |                      |                   |
| CANETA / TRANSDUTOR DO ULTRA-SOM AUTOCLAVÁVEL | NÃO                  |                      |                   |
| PEDAL DE ACIONAMENTO                          | NÃO                  |                      |                   |
| MODO DE OPERAÇÃO                              | ANALÓGICO            |                      |                   |
| JATO DE BICARBONATO INTEGRADO                 | NÃO POSSUI           |                      |                   |

**Especificação Técnica**





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

|                              |                                   |                      |                   |
|------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------|
| Nome do Equipamento          | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Esfigmomanômetro Adulto      | 1                                 | 90,00                | 90,00             |
| Característica Física        | Especificação                     |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO        | NYLON                             |                      |                   |
| TIPO DE FEIXE                | VELCRO                            |                      |                   |
| Especificação Técnica        |                                   |                      |                   |
|                              |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento          | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Mocho                        | 1                                 | 150,00               | 150,00            |
| Característica Física        | Especificação                     |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO        | AÇO / FERRO PINTADO               |                      |                   |
| ASSENTO/ ENCOSTO             | PVC                               |                      |                   |
| Especificação Técnica        |                                   |                      |                   |
|                              |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento          | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Ar Condicionado              | 1                                 | 1.100,00             | 1.100,00          |
| Característica Física        | Especificação                     |                      |                   |
| CLIMATIZAÇÃO                 | APENAS FRIO                       |                      |                   |
| TIPO                         | SPLIT MÍNIMO DE 7000 BTU          |                      |                   |
| Especificação Técnica        |                                   |                      |                   |
|                              |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento          | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Negatoscópio                 | 1                                 | 300,00               | 300,00            |
| Característica Física        | Especificação                     |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO        | AÇO / FERRO PINTADO               |                      |                   |
| TIPO                         | MESA/1 CORPO                      |                      |                   |
| Especificação Técnica        |                                   |                      |                   |
|                              |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento          | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Fotopolimerizador de Resinas | 1                                 | 600,00               | 600,00            |
| Característica Física        | Especificação                     |                      |                   |
| TIPO                         | HALÓGENO, REVÓLVER SEM RADIÔMETRO |                      |                   |
| Especificação Técnica        |                                   |                      |                   |
|                              |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento          | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

|                                               |                                   |                      |                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------|
| Ultrassom Odontológico                        | 1                                 | 1.000,00             | 1.000,00          |
| Característica Física                         | Especificação                     |                      |                   |
| CANETA / TRANSDUTOR DO ULTRA-SOM AUTOCLAVÁVEL | NÃO                               |                      |                   |
| PEDAL DE ACIONAMENTO                          | NÃO                               |                      |                   |
| MODO DE OPERAÇÃO                              | ANALÓGICO                         |                      |                   |
| JATO DE BICARBONATO INTEGRADO                 | NÃO POSSUI                        |                      |                   |
| Especificação Técnica                         |                                   |                      |                   |
|                                               |                                   |                      |                   |
| Ambiente: Sala de Curativos                   |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento                           | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Carro de Curativos                            | 1                                 | 500,00               | 500,00            |
| Característica Física                         | Especificação                     |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO                         | AÇO / FERRO PINTADO               |                      |                   |
| ACESSÓRIO(S)                                  | NÃO POSSUI                        |                      |                   |
| Especificação Técnica                         |                                   |                      |                   |
|                                               |                                   |                      |                   |
| Ambiente: Sala de Espera e Recepção           |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento                           | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Aparelho de DVD                               | 1                                 | 130,00               | 130,00            |
| Característica Física                         | Especificação                     |                      |                   |
| CONTROLE REMOTO                               | POSSUI                            |                      |                   |
| PORTAS                                        | USB                               |                      |                   |
| REPRODUÇÃO                                    | DVD/CD/CD-R/VCD/SVCD/DVCD/JPG/MP3 |                      |                   |
| Especificação Técnica                         |                                   |                      |                   |
|                                               |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento                           | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Cadeira de Rodas Adulto                       | 1                                 | 500,00               | 500,00            |
| Característica Física                         | Especificação                     |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO                         | AÇO / FERRO PINTADO               |                      |                   |
| BRAÇOS                                        | FIXO                              |                      |                   |
| PÉS                                           | FIXO                              |                      |                   |
| ELEVAÇÃO DE PERNAS                            | POSSUI                            |                      |                   |
| SUORTE DE SORO                                | POSSUI                            |                      |                   |
| Especificação Técnica                         |                                   |                      |                   |
|                                               |                                   |                      |                   |
| Nome do Equipamento                           | Qtd.                              | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Longarina                                     | 10                                | 350,00               | 3.500,00          |



*[Assinatura]*



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

|                                          |      |                                |                   |
|------------------------------------------|------|--------------------------------|-------------------|
| Característica Física                    |      | Especificação                  |                   |
| BRAÇOS                                   |      | NÃO POSSUI                     |                   |
| ASSENTO                                  |      | ESTOFADO                       |                   |
| NÚMERO DE ASSENTOS                       |      | 03 LUGARES                     |                   |
| Especificação Técnica                    |      |                                |                   |
|                                          |      |                                |                   |
| Nome do Equipamento                      | Qtd. | Valor unitário (R\$)           | Valor total (R\$) |
| Ventilador de Teto                       | 3    | 200,00                         | 600,00            |
| Característica Física                    |      | Especificação                  |                   |
| COMPOSIÇÃO                               |      | 03 PÁS                         |                   |
| Especificação Técnica                    |      |                                |                   |
|                                          |      |                                |                   |
| Nome do Equipamento                      | Qtd. | Valor unitário (R\$)           | Valor total (R\$) |
| Bebedouro/ Purificador Refrigerado       | 2    | 500,00                         | 1.000,00          |
| Característica Física                    |      | Especificação                  |                   |
| TIPO                                     |      | PURIFICADOR DE BANCADA/ PAREDE |                   |
| Especificação Técnica                    |      |                                |                   |
|                                          |      |                                |                   |
| Ambiente: Sala de Procedimentos          |      |                                |                   |
| Nome do Equipamento                      | Qtd. | Valor unitário (R\$)           | Valor total (R\$) |
| Cilindro de Gases Medicinais             | 2    | 650,00                         | 1.300,00          |
| Característica Física                    |      | Especificação                  |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO                    |      | AÇO                            |                   |
| CAPACIDADE                               |      | MÍNIMO DE 03 LITROS            |                   |
| SUPORTE COM RODÍZIOS                     |      | NÃO POSSUI                     |                   |
| ACESSÓRIO(S)                             |      | NÃO POSSUI                     |                   |
| Especificação Técnica                    |      |                                |                   |
|                                          |      |                                |                   |
| Nome do Equipamento                      | Qtd. | Valor unitário (R\$)           | Valor total (R\$) |
| Laringoscópio Adulto                     | 1    | 500,00                         | 500,00            |
| Característica Física                    |      | Especificação                  |                   |
| COMPOSIÇÃO                               |      | 3 LÂMINAS CROMADAS             |                   |
| Especificação Técnica                    |      |                                |                   |
|                                          |      |                                |                   |
| Nome do Equipamento                      | Qtd. | Valor unitário (R\$)           | Valor total (R\$) |
| Reanimador Pulmonar Manual Adulto (Ambu) | 2    | 200,00                         | 400,00            |
| Característica Física                    |      | Especificação                  |                   |





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

|                                                      |                  |                      |                   |
|------------------------------------------------------|------------------|----------------------|-------------------|
| RESERVATÓRIO                                         | POSSUI           |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO                                | VINIL            |                      |                   |
| Especificação Técnica                                |                  |                      |                   |
|                                                      |                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                  | Qtd.             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Reanimador Pulmonar Manual Adulto (Ambu)             | 2                | 200,00               | 400,00            |
| Característica Física                                | Especificação    |                      |                   |
| RESERVATÓRIO                                         | POSSUI           |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO                                | VINIL            |                      |                   |
| Especificação Técnica                                |                  |                      |                   |
|                                                      |                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                  | Qtd.             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Reanimador Pulmonar Manual Pediátrico (Ambu)         | 2                | 200,00               | 400,00            |
| Característica Física                                | Especificação    |                      |                   |
| RESERVATÓRIO                                         | POSSUI           |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO                                | VINIL            |                      |                   |
| Especificação Técnica                                |                  |                      |                   |
|                                                      |                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                  | Qtd.             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Reanimador Pulmonar Manual Pediátrico (Ambu)         | 2                | 200,00               | 400,00            |
| Característica Física                                | Especificação    |                      |                   |
| RESERVATÓRIO                                         | POSSUI           |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO                                | VINIL            |                      |                   |
| Especificação Técnica                                |                  |                      |                   |
|                                                      |                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                  | Qtd.             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Reanimador Pulmonar Manual Pediátrico (Ambu)         | 2                | 200,00               | 400,00            |
| Característica Física                                | Especificação    |                      |                   |
| RESERVATÓRIO                                         | POSSUI           |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO                                | VINIL            |                      |                   |
| Especificação Técnica                                |                  |                      |                   |
|                                                      |                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                  | Qtd.             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Reanimador Pulmonar Manual Pediátrico (Ambu)         | 2                | 200,00               | 400,00            |
| Característica Física                                | Especificação    |                      |                   |
| RESERVATÓRIO                                         | POSSUI           |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECCÃO                                | VINIL            |                      |                   |
| Especificação Técnica                                |                  |                      |                   |
|                                                      |                  |                      |                   |
| Ambiente: Unidades Móveis para Transporte de Equipes |                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                  | Qtd.             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Veículo Pick-up Cabine Dupla 4x4 (Diesel)            | 1                | 80.000,00            | 80.000,00         |
| Característica Física                                | Especificação    |                      |                   |
| MOTORIZAÇÃO                                          | MÍNIMO DE 140 CV |                      |                   |





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

|                                      |                     |                      |                   |
|--------------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|
| CÂMBIO                               | MANUAL              |                      |                   |
| ACESSÓRIO(S)                         | NÃO POSSUI          |                      |                   |
| ACESSÓRIOS2                          | NÃO POSSUI          |                      |                   |
| ACESSÓRIOS3                          | NÃO POSSUI          |                      |                   |
| ACESSÓRIOS4                          | NÃO POSSUI          |                      |                   |
| COMBUSTÍVEL                          | DIESEL              |                      |                   |
| CAPACIDADE                           | 05 LUGARES          |                      |                   |
| PORTAS                               | 04 PORTAS           |                      |                   |
| AR CONDICIONADO                      | POSSUI              |                      |                   |
| TIPO DE DIREÇÃO                      | HIDRÁULICA          |                      |                   |
| TRIO ELÉTRICO (TRAVA,VIDRO,ALARME)   | POSSUI              |                      |                   |
| Especificação Técnica                |                     |                      |                   |
|                                      |                     |                      |                   |
| Ambiente: Consultório Indiferenciado |                     |                      |                   |
| Nome do Equipamento                  | Qtd.                | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Lanterna Clínica                     | 3                   | 40,00                | 120,00            |
| Característica Física                | Especificação       |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO                | ALUMÍNIO            |                      |                   |
| TIPO                                 | HALOGÊNIO           |                      |                   |
| Especificação Técnica                |                     |                      |                   |
|                                      |                     |                      |                   |
| Nome do Equipamento                  | Qtd.                | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Armário Vitrine                      | 3                   | 650,00               | 1.950,00          |
| Característica Física                | Especificação       |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO                | AÇO / FERRO PINTADO |                      |                   |
| NÚMERO DE PORTAS                     | 01 PORTA            |                      |                   |
| LATERAIS DE VIDRO                    | POSSUI              |                      |                   |
| Especificação Técnica                |                     |                      |                   |
|                                      |                     |                      |                   |
| Nome do Equipamento                  | Qtd.                | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Mesa de Mayo                         | 3                   | 300,00               | 900,00            |
| Característica Física                | Especificação       |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO                | AÇO / FERRO PINTADO |                      |                   |
| Especificação Técnica                |                     |                      |                   |
|                                      |                     |                      |                   |
| Nome do Equipamento                  | Qtd.                | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Mesa Ginecológica                    | 1                   | 800,00               | 800,00            |
| Característica Física                | Especificação       |                      |                   |



*[Assinatura]*



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

|                         |                      |                      |                   |
|-------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| MATERIAL DE CONFECÇÃO   |                      | AÇO / FERRO PINTADO  |                   |
| POSIÇÃO DO LEITO        |                      | FIXO                 |                   |
| Especificação Técnica   |                      |                      |                   |
|                         |                      |                      |                   |
| Nome do Equipamento     | Qtd.                 | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Suporte de Soro         | 3                    | 100,00               | 300,00            |
| Característica Física   | Especificação        |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO   | AÇO / FERRO PINTADO  |                      |                   |
| TIPO                    | PEDESTAL ALTURA FIXA |                      |                   |
| Especificação Técnica   |                      |                      |                   |
|                         |                      |                      |                   |
| Nome do Equipamento     | Qtd.                 | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Esfigmomanômetro Adulto | 3                    | 90,00                | 270,00            |
| Característica Física   | Especificação        |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO   | NYLON                |                      |                   |
| TIPO DE FEIXE           | VELCRO               |                      |                   |
| Especificação Técnica   |                      |                      |                   |
|                         |                      |                      |                   |
| Nome do Equipamento     | Qtd.                 | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Esfigmomanômetro Obeso  | 3                    | 90,00                | 270,00            |
| Característica Física   | Especificação        |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO   | NYLON                |                      |                   |
| TIPO DE FEIXE           | VELCRO               |                      |                   |
| Especificação Técnica   |                      |                      |                   |
|                         |                      |                      |                   |
| Total                   | Qtd. Total           | Valor Total (R\$)    |                   |
|                         | 58                   | 98.880,00            |                   |

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS

|            |                   |
|------------|-------------------|
| QTD. TOTAL | VALOR TOTAL (R\$) |
| 58         | 98.880,00         |

DADOS BANCÁRIOS

|                                                 |                              |
|-------------------------------------------------|------------------------------|
| CÓDIGO                                          | BANCO                        |
| 001                                             | BANCO DO BRASIL S.A.         |
| AGÊNCIA                                         | NOME                         |
| 011355                                          | AV.DOM PEDRO CASALDALIGA,S/N |
| ENDEREÇO                                        |                              |
| AV.DOM PEDRO CASALDALIGA,S/N V.STO.ANTONIO CEP: |                              |





**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA**

Termo de Compromisso Atenção Básica ou Especializada - termo de compromisso atenção basica.pdf

