



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB – TO  
Página 1 de 2 - RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 218/2022

**RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 218, de 08 de dezembro de 2022.**

Dispõe sobre a Proposta de Projeto Nº. 11390.781000/1220-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Veículo de Transporte Sanitário – com acessibilidade para 01 cadeirante), e o respectivo Projeto Técnico, para o município de Dois Irmãos do Tocantins, referente à Emenda Parlamentar Nº. 81000293.

**O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas na Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a RESOLUÇÃO – CIT Nº. 13, de 23 de fevereiro de 2017, que Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS;

Considerando o cadastro da Proposta de Projeto pelo Fundo Municipal de Saúde de Dois Irmãos do Tocantins.

Considerando o Projeto Técnico para o (Veículo de Transporte Sanitário – com acessibilidade para 01 cadeirante) destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS, no município de Dois Irmãos do Tocantins.

Considerando o Ofício-SMS/ nº. 031/2022, de 30 de novembro de 2022, em que o município de Dois Irmãos do Tocantins. Solicita à Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Tocantins (CIB/TO) a Homologação da Proposta de Projeto Nº 11390.781000/1220-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde da Família (Aquisição de Veículo de Transporte Sanitário – Com Acessibilidade para 01 Cadeirante) para o município de Dois Irmãos do Tocantins, é a aprovação do Projeto Técnico da mesma proposta;

Considerando a análise, discussão da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião realizada aos 08 dias do mês de dezembro do ano de 2022.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** – Aprovar a Proposta de Projeto Nº. 11390.781000/1220-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Veículo de Transporte Sanitário – Com Acessibilidade para 01 Cadeirante) para o município de Dois Irmãos do Tocantins, no valor R\$444.800,00 (quatrocentos e quarenta e quatro mil e oitocentos reais ), referentes à Emenda Parlamentar Nº. 81000293.





**GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB – TO  
Página 2 de 2 - RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 218/2022**

**Art. 2º** - Aprovar o Projeto Técnico para Transporte Sanitário destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS, no município de Dois Irmãos do Tocantins.

**Art. 3º** - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

**AFONSO PIVA DE SANTANA**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite





ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS  
TRADIÇÃO, COMPROMISSO E TRABALHO.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ADM. 2021-2024



**OFÍCIO N° 031/2022**

Dois Irmãos do Tocantins/TO, 30 de Novembro de 2022.

A Sua Excelência, o Senhor,

**Afonso Piva de Santana**

Secretário de Estado da Saúde do Tocantins e Presidente da CIB - TO

**ASSUNTO:** SOLICITAÇÃO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROPOSTA E PACTUAÇÃO E APROVAÇÃO DE PROJETO TÉCNICO PARA AQUISIÇÃO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO.

Senhor Presidente,

Considerando a PORTARIA GM/MS N°. 3,134/2013, de 17 de dezembro de 2013, que Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal, e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do SUS, e Cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a RESOLUÇÃO CIT N°. 022/2017, de 27 de julho de 2017, que Dispõe complementarmente sobre a execução dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, no âmbito da Portaria GM/MS N°. 3.134, de 17 de dezembro de 2013;

Considerando a Portaria MS/GM N°. 3.388/2017, de 12 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a aplicação de recursos de programação aprovados pela Lei 13.528, de 29 de novembro de 2017 para transferência fundo a fundo destinada à aquisição de veículos Ambulância Tipo A pelos entes Municipais, Estaduais, e Distrito Federal;

Considerando a Portaria MS/GM N°. 1.483/2021, de 01 de julho de 2021, que Altera a Portaria de Consolidação N°. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a aplicação de recursos de programação e de emendas parlamentares para aquisição de Transporte Sanitário Eletivo, e em seu Art. 2º Revoga a Portaria GM/MS N°. 2.214, de 31 de agosto de 2017;

Considerando o PROJETO TÉCNICO DO MUNICÍPIO DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS/TO, PARA AQUISIÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO, em anexo;

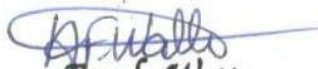
Venho através de o presente solicitar a **homologação da proposta de projeto para aquisição de equipamentos/ materiais permanentes nº. 11390.781000/1220-05 - Aquisição de Transporte Sanitário** para fins de utilização em qualificação dos serviços para os pacientes com



ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS  
TRADIÇÃO, COMPROMISSO E TRABALHO.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ADM. 2021-2024



necessidade de transporte em decúbito horizontal sem risco a saúde, conforme demanda diária e mensal. O município de Dois Irmãos do Tocantins/TO é atenção primária à saúde, aonde necessita encaminhar os pacientes referenciados pelos profissionais de saúde do município, para serviços de saúde de outras complexidades. Bem como regular os usuários, conforme programação pactuada integrada - PPI. Levando em conta a estimativa de 400 pacientes com necessidade de transporte em decúbito horizontal sem risco e a programação do transporte sanitário é determinada pela necessidade diária de 50 atendimentos por dia e mensal de 250 atendimentos por mês. Informo ainda que possuo a organização da capacidade instalada e organização da rede de atenção à saúde na região, tendo como o município de Paraíso/TO, que é referência hospitalar e ambulatorial conforme pactuação regional. Bem como os atendimentos da atenção especializada, é a capital Palmas-TO, a 189,40 km e Paraíso do Tocantins-TO a 126 km de distância. **O valor do Transporte Sanitário é de R\$ 444.800,00; referente ao recurso da emenda parlamentar n°. 81000293 também a pactuação e aprovação do projeto técnico para aquisição de transporte sanitário referente a essa mesma proposta** conforme o estabelecido no art. 260 – b- i, ii, iii, iv, v, vii e vi da portaria MS/GM n°. 1.483, de 01 de julho de 2021.

  
**Anderson Fazolo Watte**  
Secretário Municipal de Saúde de Dois Irmãos  
Decreto: 248/2021  
Gestão. 2021/2024

**ANDERSON FAZOLO WATTE**  
Secretário Municipal de Saúde  
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

|                                |                                                                                                           |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MINISTÉRIO<br/>DA SAÚDE</b> | <b>PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE<br/>Nº. DA PROPOSTA: 11390.781000/1220-05</b> |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                            |                                                           |                                              |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE</b>     |                                                           |                                              |
| <b>CNPJ</b><br>11.390.781/0001-94          | <b>NOME DO FUNDO DE SAÚDE</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |                                              |
| <b>Endereço Completo</b><br>PARA<br>CENTRO | <b>EA</b><br>MUNICIPAL                                    | <b>Tipo</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE      |
| <b>CEP</b><br>77.685-000                   | <b>UF</b><br>TO                                           | <b>Município</b><br>DOIS IRMAOS DO TOCANTINS |

|                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA</b>                                                                                          |
| Recurso de Emenda Parlamentar<br>ds_objeto:AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE<br>81000293 - R\$ 444.800,00 - RELATOR GERAL |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)</b>     |
| Unidade Assistida não informada ou cadastrada. |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>OBJETO DA PROPOSTA</b>           |
| AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |              |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|---------|
| <b>JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |              |         |
| <b>UNIDADE ASSISTIDA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | UNIDADE SAUDE DA FAMILIA FELIX CARREIRO DA GLORIA | <b>CNES:</b> | 5169917 |
| <b>INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                   |              |         |
| O MUNICÍPIO DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS/TO É ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE, ONDE NECESSITA ENCAMINHAR OS PACIENTES REFERENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, PARA SERVIÇOS DE SAÚDE DE OUTRAS COMPLEXIDADES. BEM COMO REGULAR OS USUÁRIOS, CONFORME PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA - PPI. LEVANDO EM CONTA A ESTIMATIVA DE 60 PACIENTES COM NECESSIDADE DE TRANSPORTE EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO E A PROGRAMAÇÃO DO TRANSPORTE SANITÁRIO É DETERMINADA PELA NECESSIDADE DIÁRIA DE 50 ATENDIMENTOS POR DIA E MENSAL DE 150 ATENDIMENTOS POR MÊS. INFORMO AINDA QUE POSSUO A ORGANIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REGIÃO, TENDO COMO O MUNICÍPIO DE PARAISO/TO, QUE É REFERÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL CONFORME PACTUAÇÃO REGIONAL. BEM COMO OS ATENDIMENTOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA, É A CAPITAL PALMAS-TO, A 189,4 KM E PARAISO-TO A 126,3 KM DE DISTÂNCIA. |                                                   |              |         |
| <b>INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |              |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |              |         |
| <b>INFORME A CAPACIDADE INSTALADA NO MUNICÍPIO, DISPONIBILIZADA PARA O SUS, REFERENTE AO ITEM SOLICITADO, CONSIDERANDO OS PARÂMETROS RECOMENDADOS NA PT GM/MS 1101, 12 DE JUNHO DE 2002, INCLUÍDO INFORMAÇÃO SOBRE OS MUNICÍPIOS ADSCRITOS.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |              |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |              |         |
| <b>INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |              |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |              |         |
| <b>INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |              |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |              |         |
| <b>EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |              |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |              |         |
| <b>INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |              |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |              |         |

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE</b>                                     |
| <b>UNIDADE ASSISTIDA: UNIDADE SAUDE DA FAMILIA FELIX CARREIRO DA GLORIA</b> |

| Ambiente: Garagem (Transporte Sanitário)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                      |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|-------------------|
| Nome do Equipamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Qtd.          | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Micro-ônibus Rural de Transporte Sanitário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1             | 444.800,00           | 444.800,00        |
| Característica Física                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Especificação |                      |                   |
| OUTROS (ESPECIFICAR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NÃO           |                      |                   |
| Especificação Técnica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                      |                   |
| Micro-ônibus Rural de Transporte Sanitário Rodoviário 0km adaptado para o transporte de passageiros com deficiência tipo cadeirante e dificuldade de locomoção, de acordo com a resolução CONTRAN 316/09, (capacidade de 24 a 28 passageiros, já incluso 01 (um) cadeirante e o motorista); ar condicionado, sistema de TV visível para todos com Kit Multimídia, porta pacote ; porta lado direito para embarque; equipamento de acessibilidade em acordo com a ABNT NBR 15.320 com certificação INMETRO; janelas com vidros móveis com guarnição; poltrona para motorista com deslocamento lateral; cinto de segurança abdominal para todas as poltronas; tomada de ar no teto com saída de emergência acoplada; vidro vigia na traseira; iluminação interna; motor diesel com no mínimo de 150 cv de potência e torque mínimo de 450 Nm (kgf.m); injeção eletrônica; mínimo 5 marchas a frente e 01 a ré; direção hidráulica ou elétrica ; tacógrafo original de fábrica; freio a ar com ABS; Suspensão dianteira e traseira com mola parabólica ou trapezoidais e amortecedores telescópicos; Bloqueio de Diferencial; pneus misto; ângulo de entrada mínimo de 21 graus e ângulo de saída mínimo 16 graus; para-choque traseiro retrátil; PBT mínimo de 8 toneladas; tanque com capacidade mínima de 150 litros. |               |                      |                   |
| Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Qtd. Total    | Valor Total (R\$)    |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1             | 444.800,00           |                   |

| QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS |                   |
|--------------------------------------------------------|-------------------|
| QTD. TOTAL                                             | VALOR TOTAL (R\$) |
| 1                                                      | 444.800,00        |

| DADOS BANCÁRIOS                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| CÓDIGO                                | BANCO                |
| 001                                   | BANCO DO BRASIL S.A. |
| AGÊNCIA                               | NOME                 |
| 038121                                | DIVINOPOLIS TOCANTIN |
| ENDEREÇO                              |                      |
| AV.CODESPAR,703 CENTRO CEP:77.670-000 |                      |

| DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA                                           |
|--------------------------------------------------------------------|
| Outros documentos para a Proposta - DECLARAÇÃO DO GESTOR.pdf       |
| Outros documentos para a Proposta - TERMO DE COMPROMISSO.pdf       |
| Outros documentos para a Proposta - DECLARAÇÃO DO GESTOR LOCAL.pdf |



ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS  
TRADIÇÃO, COMPROMISSO E TRABALHO.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ADM. 2021-2024



***PROJETO TÉCNICO DE IMPLANTAÇÃO DO TRANSPORTE SANITÁRIO  
ELETIVO DO MUNICÍPIO DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS - TO***



ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS  
TRADIÇÃO, COMPROMISSO E TRABALHO.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ADM. 2021-2024



Geciran Saraiva Silva  
**Prefeito Municipal**

Anderson Fazolo Watte  
**Secretário Municipal de Saúde**





ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS  
TRADIÇÃO, COMPROMISSO E TRABALHO.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ADM. 2021-2024



## SUMÁRIO

| ORDEM | DESCRIÇÃO                                                                                                                | PAGINA |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1.    | Introdução                                                                                                               | 04     |
| 2.    | Justificativa                                                                                                            | 04     |
| 3.    | Público-Alvo                                                                                                             | 04     |
| 4.    | Objetivo Geral                                                                                                           | 04     |
| 5.    | Especificações e organização de atendimento do transporte sanitário eletivo no município                                 | 05     |
| 6.    | Número de usuários agendados para atendimentos no próprio município e nos municípios de referência nos últimos 12 meses. | 06     |
| 7.    | Resultados Esperados                                                                                                     | 07     |
| 8.    | Considerações Finais                                                                                                     | 07     |



## 1. INTRODUÇÃO

A implantação do Transporte Sanitário Eletivo no município de Dois Irmãos do Tocantins - TO é de extrema relevância no atendimento da demanda de usuários que necessitam realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência e nos municípios de referências.

Serão muitos os benefícios e os avanços na implantação do Transporte Sanitário Eletivo, uma vez que os usuários necessitam de locomoção até os municípios de referências para realização de consultas, exames e tratamentos de doenças crônicas.

## 2. JUSTIFICATIVA

O município de Dois Irmãos do Tocantins - TO não dispõe de transporte sanitário, para atender a demanda de locomoção dos usuários que necessitam de atendimento no próprio município e nos municípios de referência.

O município possui uma rede de atenção básica fortalecida com 03 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (cobertura de 100%), uma Equipe de Multiprofissionais, uma Unidade Básica de Saúde e um Pronto Atendimento.

A gestão municipal de saúde de Dois Irmãos do Tocantins optou pelo transporte sanitário Micro-ônibus Rural haja visto a vasta extensão Territorial do município de Dois Irmãos, o município conforme IBGE 2021 possui uma área total de 3.747.645 km<sup>2</sup>, população estimada em 7.173 pessoas, **sendo uma grande parte do território disposta na zona rural, o município possui assentamento PA Salomira, PA Estrela Dalva, PA Nova Vida, PA Irmã Lurdes, também dispõe de comunidade quilombola Santa Maria das Mangueiras todas disposta na zona rural**, ressalta-se a necessidade de qualificar a assistência a saúde de forma integral a todos os munícipes, sendo atualmente o acesso um grande desafio para estas comunidades ao qual as mesmas tem dificuldade de acesso aos serviços tanto da rede de saúde municipal quanto aos serviços referenciados fora do município.

O Transporte Sanitário Eletivo será fundamental para atender toda demanda frequente de pacientes tanto da zona rural como da zona urbana, que periodicamente necessitam da realização de consultas, exames e tratamentos de doenças crônicas no próprio município e nos municípios de referência.



### **3. PÚBLICO-ALVO:**

Todos os usuários que necessitam de deslocamento programado para realizar procedimentos eletivos, regulados e agendados. A demanda existente é em média de 250 pessoas/mês incluindo pacientes e acompanhantes

### **4. OBJETIVO GERAL:**

Implantar o Transporte Sanitário Eletivo de Dois Irmãos do Tocantins - TO, o qual será destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação.



## **5. Especificações e organização de atendimento do transporte sanitário eletivo no município:**

I - A Região de Saúde adotada como base territorial do Serviço de Transporte Sanitário Eletivo abrange toda a região do município de Dois Irmãos do Tocantins - TO em especial a zona rural, tendo a Unidade de Saúde como referência para a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, por meio da Rede de Atenção à Saúde.

II - O Veículo de Transporte Sanitário Eletivo será adquirido através de convênio com o Governo Federal - Ministério da Saúde, mediante emenda parlamentar de nº 81000293 de RELATOR GERAL no valor de R\$ 444.800,00 com as seguintes especificações: Micro-ônibus Rural de Transporte Sanitário Rodoviário 0km adaptado para o transporte de passageiros com deficiência tipo cadeirante e dificuldade de locomoção, de acordo com a resolução CONTRAN 316/09, (capacidade de 24 a 28 passageiros, já incluso 01 (um) cadeirante e o motorista); ar condicionado, sistema de TV visível para todos com Kit Multimídia, porta pacote; porta lado direito para embarque; equipamento de acessibilidade em acordo com a ABNT NBR 15.320 com certificação INMETRO; janelas com vidros móveis com guarnição; poltrona para motorista com deslocamento lateral; cinto de segurança abdominal para todas as poltronas; tomada de ar no teto com saída de emergência acoplada; vidro vigia na traseira; iluminação interna; motor diesel com no mínimo de 150 cv de potência e torque mínimo de 450 Nm (kgf.m); injeção eletrônica; mínimo 5 marchas a frente e 01 a ré; direção hidráulica ou elétrica ; tacógrafo original de fábrica; freio a ar com ABS; Suspensão dianteira e traseira com mola parabólica ou trapezoidais e amortecedores telescópicos; Bloqueio de Diferencial; pneus misto; ângulo de entrada mínimo de 21 graus e ângulo de saída mínimo 16 graus; para-choque traseiro retrátil; PBT mínimo de 8 toneladas; tanque com capacidade mínima de 150 litros.

III - Os pacientes atendidos com o transporte sanitário serão os que necessitam de atendimento no próprio município e os referenciados para atendimentos nos municípios de Palmas - TO a 189,40 km de distância; Paraíso do Tocantins - TO com distância de 126 km, todos com trajeto pavimentado.

IV - Os pacientes referenciados serão aqueles que tiverem consulta/exame marcado, que necessitem de procedimento eletivo em serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde por meio do processo regulatório estabelecido no âmbito municipal e/ou regionais e pacientes que necessitem de Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

V - O gerenciamento do Transporte Sanitário Eletivo será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Dois Irmãos do Tocantins - TO, devendo controlar os custos operacionais, custos fixos, custos variáveis, planos de manutenção, cálculos de assento/dia, recursos humanos, capacitações e sistema de monitoramento para garantir o rastreamento e controle do fluxo dos veículos.

VI - Será permitido o transporte de acompanhante para crianças até 15 anos e idosos (maiores de 60 anos) conforme previsto na legislação pertinente, admitindo a análise



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS**  
**TRADIÇÃO, COMPROMISSO E TRABALHO.**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ADM. 2021-2024**



de outras situações e agravos que tenham indicação do acompanhamento.



ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS  
TRADIÇÃO, COMPROMISSO E TRABALHO.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ADM. 2021-2024



6. Número de usuários agendados para atendimentos no próprio município e nos municípios de referência nos últimos 12 meses.

| Especificação | Nov/21     | Dez/21     | Jan/22     | Fev/22     | Mar/22     | Abr/22     | Mai/22     | Jun/22     | Jul/22     | Ago/22     | Set/22     | Out/22     | Total        |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Consultas     | 60         | 122        | 130        | 113        | 196        | 199        | 167        | 205        | 189        | 168        | 220        | 147        | 1.916        |
| Exames        | 48         | 60         | 82         | 85         | 75         | 59         | 95         | 86         | 94         | 147        | 79         | 173        | 1.083        |
| <b>Total</b>  | <b>108</b> | <b>182</b> | <b>212</b> | <b>198</b> | <b>271</b> | <b>258</b> | <b>262</b> | <b>291</b> | <b>283</b> | <b>315</b> | <b>299</b> | <b>320</b> | <b>2.999</b> |

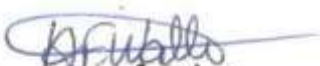


## 7. RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Aquisição de um veículo para transporte sanitário dos usuários do SUS do município de Dois Irmãos do Tocantins - TO;
- ✓ Atendimento da demanda de usuários que necessitam do transporte sanitário;
- ✓ Melhoria na atenção e assistência aos usuários;
- ✓ Garantia de acesso aos procedimentos agendados no próprio município e nos municípios de referência.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Dois Irmãos do Tocantins - TO, através da Secretaria Municipal de Saúde reconhece a importância da implantação do transporte sanitário, o qual irá contribuir com o atendimento da demanda, bem como, garantir acesso aos procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados no próprio município e nos municípios de referência, conforme pactuado na PPI da Assistência.

  
**Anderson Fazolo Watte**  
Secretário Municipal de Saúde de Dois Irmãos  
Decreto: 248/2021  
Gestão: 2021/2024

**ANDERSON FAZOLO WATTE**  
Secretário Municipal de Saúde  
Gestor do Fundo Municipal de Saúde