

| | |
|--------------------------------|---|
| MINISTÉRIO DA SAÚDE | PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. DA PROPOSTA: 11416.878000/1200-04 |
|--------------------------------|---|

| | | | |
|--|--|---|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE | | | |
| CNPJ 11.416.878/0001-29 | NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SOURE | | |
| Endereço Completo 16 CENTRO | EA MUNICIPAL | Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | |
| CEP 68.870-000 | UF PA | Município SOURE | |

| |
|------------------------------------|
| TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA |
| Recurso de Programa/Ação |

| | | | |
|--|--|---------|--|
| DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S) | | | |
| Nome: | HOSPITAL MUNICIPAL MENINO DEUS | | |
| Tipo Unidade: | HOSPITAL GERAL | | |
| CNPJ: | CNES: | 2316552 | |
| Endereço: | 8 RUA ENTRE TRAVESSA 12 E 13 - MATINHA, CEP:68870000 | | |

| |
|--|
| OBJETO DA PROPOSTA |
| AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE |

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------|---------|
| JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA | | | |
| UNIDADE ASSISTIDA: | HOSPITAL MUNICIPAL MENINO DEUS | CNES: | 2316552 |
| INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA. | | | |
| SEDE DE MÓDULO | | | |
| INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR. | | | |
| ATENDIMENTO A PT ESPECIFICA DE MS | | | |
| 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. | | | |
| A UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL MENINO DEUS INSCRITA SOB O CNES 2316552, LOCALIZADA NA 8ª RUA ENTRE TRAVESSAS 12 E 13 DO BAIRRO DA MATINHA ENCONTRA-SE COM DIFERENTES NECESSIDADES, DENTRE ELAS A PARTE DE EQUIPAMNETOS. A PORTARIA 3186 DO MINISTERIO DA SAÚDE VEIO A NOS AJUDAR, O HOSPITAL MUNICIPAL VISANDO A MELHORIA NO ATENDIMENTO E OPERAÇÃO NA PARTE DE UM TODO, EM ESPECIAL A PARTE DE PARTO, GESTANTES, PARTURIENTES, RESCEN NASCIDOS, SOLICITA NESSE MOMENTO DE CALAMIDADE EQUIPAMENTOS PARA MELHOR ATENDER AOS REFERIDOS ACIMA CITADOS, SENDO ASSIM, MOSTRAMOS A VONTADE DO MUNICIPIO EM OBTER O OBJETIVO DA PROPOSTA E ASSEGURAR QUE ESTA UNIDADE DE SAUDE ADQUIRA EQUIPAMENTOS MEDICOS E HOSPITALARES PARA ASSEGURAR COM MAIOR QUALIDADE E CONFORTO AO ATENDIMENTOS DA POPULAÇÃO, PRESTANDO ASSIM UM OTIMO SERVIÇO A SAUDE . | | | |
| INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA. | | | |
| 25181 | | | |
| INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO. | | | |
| 25181 | | | |
| EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO? | | | |
| EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE | | | |
| INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA. | | | |
| SIM | | | |

| | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|--------------------------|
| EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE | | | |
| UNIDADE ASSISTIDA: HOSPITAL MUNICIPAL MENINO DEUS | | | |
| Ambiente: Área Coletiva de Tratamento Intermediário Neonatal Convencional | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Incubadora de Transporte Neonatal | 2 | 35.400,00 | 70.800,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| ESPECIFICAR | SIM | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Equipamento possui cúpula construída em acrílico transparente, com paredes duplas em toda sua superfície para proteção do paciente contra perda de calor. Base em material plástico, possuir alças para transporte e dois suportes para cilindros de gases medicinais. Porta de acesso frontal e outra porta de acesso lateral, ambas com paredes duplas; possuir portinholas com manga | | | |

punho e guarnições autoclaváveis em silicone atóxico; 1 portinhola tipo íris para passagem de tubos e drenos. Para-choque que protege todo o perímetro da incubadora. Deve possuir leito removível em material plástico antialérgico com dimensões que permitam adequada ergonomia para cintos de segurança em material macio e resistente, de fácil ajuste. Deve possuir colchão removível, impermeável e de material atóxico e auto-extinguível com espuma com densidade adequada, sem costura, prensada e capa removível. Entrada de oxigênio sem despejo de gás para a atmosfera, permitindo alta eficiência, economia e proteção, acoplada a suporte com altura ajustável, com rodízios e freios. Umidificação através de espuma sob o leito. Iluminação auxiliar com haste flexível para ajuste do foco. Deve possuir filtro de retenção bacteriológico. Painel de controle deve proporcionar a monitorização térmica do ambiente do paciente, possuir controle microprocessado de temperatura de ar do ambiente interno da incubadora e controle de temperatura do neonato mediante um sensor de temperatura de pele. Deve possuir alarmes audiovisuais para falta de energia elétrica e falta de energia da bateria, bateria em carregamento, falta de circulação de ar, alta/baixa temperatura do ar, sensor do RN desconectado, Hipotermia/hipertermia, indicação do modo de alimentação, indicação das temperaturas do ar. Deve possuir indicação visual do status ligado/desligado do aparelho; deve possuir bateria recarregável com autonomia de pelo menos 4 horas; carregador automático do tipo flutuante incorporado. Acompanhar o equipamento, no mínimo: carro de transporte tipo maca, com altura ajustável, resistente à choques mecânicos, acoplável à ambulância, 2 cilindros em alumínio tipo D ou E para oxigênio ou ar comprimido com válvula redutora e manômetro, suporte de soro com altura ajustável, prateleira para colocação de periféricos; cabos de ligação, tubo de oxigênio com regulador e fluxômetro, colchonete confeccionado em material atóxico e demais componentes necessários a instalação e funcionamento do equipamento. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|-------------------------|------|----------------------|-------------------|
| Monitor Multiparâmetros | 3 | 17.565,00 | 52.695,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-----------------------|------------------------------|
| SUPORTE P/ MONITOR | POSSUI |
| 5 PARÂMETROS BÁSICOS | ECG/RESP/SPO2/PNI/TEMP |
| TIPO/TAMANHO | PRÉ CONFIGURADO/DE 10" A 12" |

Especificação Técnica

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|---------------------|------|----------------------|-------------------|
| Oxímetro de Pulso | 3 | 2.680,00 | 8.040,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-----------------------|--------------------------------|
| TIPO | PORTÁTIL (DE MÃO) COM 1 SENSOR |

Especificação Técnica

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|---------------------|------|----------------------|-------------------|
| Berço Aquecido | 3 | 18.269,00 | 54.807,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-----------------------|---------------|
| ESPECIFICAR | SIM |

Especificação Técnica

Equipamento com sistema de aquecimento de calor irradiante por elemento aquecedor localizado na parte superior do berço. Possuir giro bilateral no plano horizontal para posicionamento do aparelho de raios X; possuir bandeja para alojamento do filme radiográfico. Leito do recém-nascido construído em material plástico radiotransparente com laterais rebatíveis e/ou removíveis para facilitar o acesso ao paciente, ajustes manuais do leito nas inclinações mínimas de Trendelenburg e Próclive; colchão de espuma de densidade adequada ao leito do paciente em material atóxico, com revestimento removível e antialérgico nas dimensões do berço. Estrutura em aço pintado em tinta epóxi ou similar, mobilidade através de rodízios com freios e para-choque. Display a LED ou LCD para indicação de temperatura e potência desejada; memória para retenção dos valores programados. Sistema de controle microprocessado, com modo de operação servo controlado através de sensor ligado ao RN e manual; relógio Apagar incorporado; alarmes audiovisuais intermitentes para visualização de no mínimo: falta de energia; falha na resistência de aquecimento; falta de sensor ou desalojamento do sensor no paciente. Deverá acompanhar o equipamento no mínimo: Bandeja sob o leito para armazenamento de materiais diversos e haste para suporte de soro. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.

Ambiente: Sala de Parto e Reanimação do Recém-Nascido

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|---------------------|------|----------------------|-------------------|
| Detector Fetal | 1 | 1.013,00 | 1.013,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-------------------------|-------------------------|
| TIPO/TECNOLOGIA/DISPLAY | PORTÁTIL/DIGITAL/POSSUI |

Especificação Técnica

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|-----------------------|------|----------------------|-------------------|
| Aparelho de Anestesia | 1 | 129.940,00 | 129.940,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-----------------------|---------------|
| ESPECIFICAR | SIM |

Especificação Técnica

Equipamento microprocessado para atender pacientes neonatais, pediátricos, adultos e obesos mórbidos. Estrutura em material não oxidante; Com prateleira para suporte de monitores; Gavetas e mesa de trabalho; Com rodízios giratórios, sendo no mínimo O2 com travas. Com sistema de autoteste ao ligar o equipamento com detecções de erros, falhas de funcionamento, etc. Com sensor de fluxo único universal para pacientes adultos a neonatos; Com possibilidade do uso de sensor de fluxo autoclavável. Válvulas para controle de fluxo e pressão com sistema de segurança para proteger o paciente de pressão e fluxos inadequados. Rotâmetro composto por fluxômetro com escalas para alto e baixo fluxo de pelo menos para oxigênio (O2) e óxido nitroso (N2O), podendo ser uma única para ar comprimido ou com monitoração digital com entrada para oxigênio (O2), ar comprimido e óxido nitroso (N2O). Sistema de segurança para interromper automaticamente o fluxo de N2O, na ausência de O2; Vaporizador do tipo calibrado de engate rápido, permitir acoplamento de O2 vaporizadores e com sistema de segurança para o agente selecionado (se ofertado sistema que permite o acoplamento para O1 vaporizador, deverá ser entregue suporte para acoplar o segundo vaporizador). Sistema de circuito paciente de rápida montagem e desmontagem pelo operador e passível de esterilização; Traquéias, válvulas, circuitos respiratórios, canister e sistema de entrega de volume, autoclaváveis; Canister para armazenagem

de cal sodada; Possibilidade de sistema de exaustão de gases; Válvula APL graduada; Ventilador eletrônico microprocessado, com display LCD com tela colorida. Modos Ventilatórios mínimos: Ventilação manual; Ventilação com respiração espontânea sem resistência do ventilador; Ventilação controlada a volume e ciclada a tempo (VCV); Ventilação controlada a pressão e ciclada a tempo (PCV); Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV). Controles Ventilatórios mínimos: Volume corrente; Pressão; Frequência respiratória; Relação I:E; Pausa inspiratória; Peep. Alarmes de alta e baixa pressão de vias aéreas; Apnéia; Volume minuto alto e baixo; Alto e baixo FIO2; Falha de energia elétrica. Monitoração numérica de pressão de pico, média, peep e gráfica da pressão das vias aéreas; Monitoração de frequência respiratória, volume corrente, volume minuto e fração inspiratória. Alimentação elétrica bivolt automático e bateria interna com autonomia de pelo menos 30 minutos. Deverá acompanhar o equipamento, no mínimo: 02 circuitos para pacientes, sendo 01 tamanho adulto e 01 tamanho infantil, autoclaváveis. 01 balão para ventilação manual adulto, 01 balão para ventilação manual infantil. 01 vaporizador calibrado de Sevoflurano; 04 sensores de fluxo; 03 mangueiras de no mínimo 4,5 metros, sendo uma para oxigênio, uma para óxido nitroso e uma para ar comprimido e demais acessórios necessários para o perfeito funcionamento do equipamento.

| Ambiente: Área Coletiva de Tratamento | | | |
|--|--|-----------------------------|--------------------------|
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Reanimador Pulmonar em T | 3 | 13.943,00 | 41.829,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| ESPECIFICAR | SIM | | |
| Especificação Técnica | | | |
| *Equipamento construído em caixa injetada, em plástico de engenharia. Limitado a pressão: com manutenção dos parâmetros previamente determinados. Deve permitir ajustar os controles da PIP (Pressão inspiratória) e da PEEP (Pressão Positiva no Final da Expiração) e a pressão de segurança (Pico). Operado através de fontes de ar comprimido ou oxigênio. Deve permitir um fluxo contínuo, conforme o fluxo de entrada. Deve possuir manovacuômetro, válvula de ajuste de pressão máxima de alívio, válvula de controle de pressão inspiratória, conector para entrada de gás e dispositivo de saída de gás. Acessórios que devem acompanhar o equipamento: circuito de peça T, pulmão teste em silicone livre de látex, máscara infantil. | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Oxímetro de Pulso | 3 | 2.680,00 | 8.040,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| TIPO | PORTÁTIL (DE MÃO) COM 1 SENSOR | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Monitor Multiparâmetros para UTI | 3 | 20.893,00 | 62.679,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| 5 PARÂMETROS BÁSICOS | ECG/RESP/SPO2/PNI/TEMP | | |
| SUORTE P/ MONITOR | POSSUI | | |
| PRESSÃO INVASIVA (PI) | NÃO POSSUI | | |
| CAPNOGRAFIA / AGENTES ANESTÉSICOS/ÍNDICE DE SEDAÇÃO ANESTÉSICA | MÉT. ASPIR. DE BAIXO FLUXO:ATÉ 50ML/MIN / SEM AGENTES ANESTÉSICOS/SEM ÍNDICE DE SEDAÇÃO ANESTÉSICA | | |
| DÉBITO CARDÍACO | NÃO POSSUI | | |
| TIPO/TAMANHO | ESTRUTURA MISTA OU MODULAR/DE 10" A 12" | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| CPAP | 3 | 3.563,00 | 10.689,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| CONFIGURAÇÃO | C/UMIDIFICADOR/C/COMPENSAÇÃO/C/MÁSCARA NASAL | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Incubadora Neonatal (estacionária) | 2 | 28.619,00 | 57.238,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| ESPECIFICAR | SIM | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Equipamento construído em material não-ferroso para evitar oxidações e facilitar assepsia; Cúpula em acrílico transparente de paredes duplas para evitar a perda de calor por irradiação; Possuir trava de segurança e/ou mecanismo de amortecimento para fechamento suave da cúpula para evitar acidentes; possuir porta de acesso rebatível; Possui pelo menos 5 portinholas ovais com trincos que possam ser abertos com os cotovelos e fechamento sobre guarnição de material atóxico, garantindo o isolamento e a condição de leve pressão positiva dentro da câmara; possuir pelo menos uma portinhola do tipo íris, permitindo a passagem e posicionamento de circuitos de respiradores, facilitando as manobras de intubação, sem alterar as condições do ambiente, possuir passa-tubos nas laterais da cúpula, permitindo o acesso de cabos e circuitos para o paciente; Suporte com rodízios de pelo menos 4 polegadas e freios; Leito do paciente construído em material plástico, atóxico e radiotransparente, permitindo o procedimento de radiografia sem remover o paciente, ajustes do leito nas posições mínimas de Trendelenburg e Próclive, sem abrir a cúpula; possibilidade de deslocamento do leito para fora da cúpula, na parte frontal, através de trilhos, com trava de segurança; Possuir colchão de espuma de densidade adequada ao conforto do paciente; capa de materiais atóxicos e autoextinguíveis; Não possuir cantos vivos, facilitando os trabalhos de limpeza e desinfecção; Painel de controle microprocessado de fácil acesso e remoção para manutenção e calibração, possuir display de LCD ou LEDs que apresente as informações dos parâmetros monitorados; Servocontrole de temperatura do ar ATC (Temperatura do ar controlada) e de pele ITC (Temperatura do RN Controlada), servocontrole contínuo de umidade relativa do ar; Alarmes de indicação visual e sonoro de no mínimo: Alta temperatura ar/pele; Baixa temperatura ar/pele; Alta de circulação do ar; Hipotermia e hipertermia, Desconexão do sensor à pele do paciente, Falta de sensor, Falta de energia, Desligamento automático em caso de alta temperatura; Sistema de segurança; Possuir tecla para | | | |

silenciar alarmes momentaneamente; Indicação das temperaturas medidas e ajustadas de pele e ar, pelo menos. Memorização dos últimos valores programados de temperaturas, umidade e alarmes para o caso de falta de energia; Sistema de circulação de ar dentro da cúpula. Acompanhar o equipamento no mínimo: Gabinete (1 ou 2 gavetas); Suporte de soro; e Duas prateleiras giratórias para suporte de equipamentos que suporte mínimo 6 kg. Todos os cabos, sensores, adaptadores e conectores necessários ao seu funcionamento. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|--|------|----------------------|-------------------|
| Aparelho para Fototerapia (icterícia/neonatologia) | 3 | 5.433,00 | 16.299,00 |

| Característica Física | Especificação |
|---|------------------------------|
| ILUMINAÇÃO/BERÇO EM ACRÍLICO/PAINEL DE CONTROLE MICROPROCESSADO/AJUSTE DE IRRADIANCIA | LED/NÃO POSSUI/POSSUI/POSSUI |

Especificação Técnica

Ambiente: Quarto para Pré-parto/Parto/Pós-parto

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|---------------------|------|----------------------|-------------------|
| Cama PPP | 5 | 6.487,00 | 32.435,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-----------------------|---------------|
| ESPECIFICAR | SIM |

Especificação Técnica

Cama PPP manual com apoio de pernas removível, apoio de coxas, calcanhar e dispositivo para coleta de líquidos. Base dividida em no mínimo 3 seções: dorso, assento, pernas e complemento da perna removível. Com rodízios e com grades na região do dorso, injetadas e com acabamento pintado em poliuretanos ou similar. Capacidade mínima de 120 kg. Acompanha colchão compatível com as dimensões da cama.

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|--|------|----------------------|-------------------|
| Reanimador Pulmonar Manual Pediátrico (Ambu) | 3 | 295,00 | 885,00 |

| Característica Física | Especificação |
|---|---------------------------------------|
| RESERVATÓRIO / MATERIAL DE CONFECÇÃO / APLICAÇÃO / VÁVULA UNIDIRECIONAL | POSSUI / SILICONE / INFANTIL / POSSUI |

Especificação Técnica

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|---------------------|------|----------------------|-------------------|
| Poltrona Hospitalar | 2 | 1.354,00 | 2.708,00 |

| Característica Física | Especificação |
|---|--|
| MAT. DE CONFECÇÃO/ASSENTO E ENCOSTO/CAPACIDADE/RECLINAÇÃO | AÇO / FERRO PINTADO/ESTOFADO COURVIN/ATÉ 120 KG/ACIONAMENTO MANUAL |

Especificação Técnica

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|------------------------------|------|----------------------|-------------------|
| Banqueta para Parto Vertical | 1 | 588,00 | 588,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-----------------------|---------------|
| COMPOSIÇÃO | POLIETILENO |

Especificação Técnica

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|--------------------------|------|----------------------|-------------------|
| Berço para Recém Nascido | 3 | 898,00 | 2.694,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-----------------------|---------------|
| RODÍZIOS | POSSUI |

| | |
|------|----------|
| CUNA | ACRÍLICO |
|------|----------|

| | |
|-----------|---------------------|
| ESTRUTURA | AÇO / FERRO PINTADO |
|-----------|---------------------|

Especificação Técnica

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|---------------------|------|----------------------|-------------------|
| Cardiotocógrafo | 1 | 24.428,00 | 24.428,00 |

| Característica Física | Especificação |
|-----------------------|---|
| CONFIGURAÇÕES | PORTÁTIL, C/IMPRESSORA, GESTAÇÃO GEMELAR, C/SUPORTE |

Especificação Técnica

Ambiente: Quarto para Alojamento

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|---------------------|------|----------------------|-------------------|
| Armário | 2 | 569,00 | 1.138,00 |

| Característica Física | Especificação |
|------------------------|--|
| DIMENSÕES/ PRATELEIRAS | ALTURA DE 100 A 210 CM X LARGURA DE 70 A 110 CM/03 OU 04 |

| | |
|---------------------------------|-------|
| CAPACIDADE MÍNIMA DA PRATELEIRA | 40 Kg |
|---------------------------------|-------|

| | |
|-----------------------|-----|
| MATERIAL DE CONFECÇÃO | AÇO |
|-----------------------|-----|

Especificação Técnica**Ambiente: Alojamento Conjunto**

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|--|--|-----------------------------|--------------------------|
| Cadeira | 1 | 100,00 | 100,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| MATERIAL DE CONFECÇÃO | AÇO / FERRO PINTADO | | |
| BRAÇOS/REGULAGEM DE ALT/RODÍZIOS/ASSENTO E ENCOSTO | NÃO POSSUI/NÃO POSSUI/NÃO POSSUI/POLIPROPILENO | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Total | Qtd. Total | Valor Total (R\$) | |
| | 48 | 579.045,00 | |

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS

| QTD. TOTAL | VALOR TOTAL (R\$) |
|-------------------|--------------------------|
| 48 | 579.045,00 |

DADOS BANCÁRIOS

| CÓDIGO | BANCO |
|---|----------------------|
| 001 | BANCO DO BRASIL S.A. |
| AGÊNCIA | NOME |
| 011517 | SOURE |
| ENDEREÇO | |
| R.TERCEIRA,1560, ILHA DE MARAJÓ CENTRO CEP:68.870-000 | |

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Outros documentos para a Proposta - DECLARAÇÃO FNS EQUIPAMENTO SOURE.pdf