



# Câmara Municipal de Echaporã

Praça Riodante Fontana, nº 13, Centro, Echaporã/SP, CEP: 19830-023, CNPJ 02.652.664/0001-60  
E-mail: [contato@camaraechapora.sp.gov.br](mailto:contato@camaraechapora.sp.gov.br) Site oficial: [www.camaraechapora.sp.gov.br](http://www.camaraechapora.sp.gov.br)

## Ofício – IVLFDSF (Individual do Vereador Lúcio Flávio da Silva Falqui) Nº 022/2025

Echaporã, 6 de fevereiro de 2025.

Ao Exmo. Sr. Senador da República por São Paulo

**Marcos Cesar Pontes (Astronauta Marcos Pontes) – PL**

Senado Federal – Anexo 2 – Ala Nilo Coelho – Pavimento Térreo – Gabinete 08

Assunto: Reitera o conteúdo dos Ofícios/VER.LÚCIO/037 e 038/2024, e solicita informações a respeito do andamento dos referidos pedidos.

Exmo. Sr. Senador da República,

1. Venho por meio do presente, reiterar o conteúdo dos Ofícios/VER.LÚCIO/037 e 038/2024, cujas cópias seguem em anexo, e que foram protocolados por e-mail em 22/11 do ano findo, requerendo novamente que requerer que se digne Vossa Excelência de destinar duas emendas parlamentares envolvendo investimentos para a área da Saúde, no valor somado de R\$ 1.050.000,00 (um milhão e cinquenta mil reais), para aquisição de duas ambulâncias pequenas e de um micro-ônibus para o transporte de pacientes e acompanhantes, bem como solicitar informações a respeito dos referidos pedidos.

2. Em verdade, sr. Senador, como bem versado nos formulários encaminhados, Echaporã precisa muito renovar a sua frota de veículos na saúde, dando mais velocidade aos atendimentos.

3. Com efeito, solicito os bons préstimos de V. Excelência para que este pedido seja analisado e deferido.

Atenciosamente,

**LÚCIO FLÁVIO DA SILVA FALQUI**

Vice-Presidente da Câmara de Echaporã (biênio 2025/2026) – MDB

Telefone: (18) 99715-7645

**Encaminha os Ofícios VER.LÚCIO 037 e 038/2024, bem como os Formulários de Submissão.**



**De** <juridico@camaraechapora.sp.gov.br>  
**Para** <sen.astronautamarcospontes@senado.leg.br>  
**Data** 2024-11-22 12:07

Ofício Lúcio - 038 - Emenda parlamentar - Senador Marcos Pontes - Encaminha formulário.pdf (~298 KB)  
 Ofício Lúcio - 037 - Emenda parlamentar - Senador Marcos Pontes - Encaminha formulário.pdf (~275 KB) FORMULÁRIO\_AMBULÂNCIAS.pdf (~1,2 MB)  
 FORMULÁRIO\_MICRO\_ÔNIBUS.pdf (~1,6 MB)

Prezada assessoria do Senador Astronauta Marcos Pontes (PL-SP)

De ordem do sr. Vereador Lúcio Flávio da Silva Falqui desta Câmara Municipal de Echaporã, encaminho para consideração do mui emérito congressista, os Ofícios VER.LÚCIO nº 037 e 038/2024, bem como os Formulários de Submissão que os acompanham.

At.te,

Carlos Eduardo Sindona de Oliveira

Procurador da Câmara - OAB/SP 407.862



# Câmara Municipal de Echaporã

Estado de São Paulo  
Praça Riodante Fontana, 13 - Fone: (18) 3356-1441 - CEP: 19830-023 - Echaporã - SP  
www.camaraechapora.sp.gov.br

CNPJ: 02.652.664/0001-60  
contato@camaraechapora.sp.gov.br

Echaporã, 19 de novembro de 2024.

## Ofício/VER.LÚCIO/037/2024

**Exmo. Sr. Marcos Pontes (PL)**

**Senador da República por São Paulo**

Senado Federal – Anexo 2 – Ala Nilo Coelho – Pavimento Térreo – Gabinete 08

**Assunto:** Encaminha o Formulário e Submissão de Projeto envolvendo aquisição de um micro-ônibus no valor de R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

Venho por meio deste Ofício, encaminhar, nos termos solicitados, o Formulário de Submissão de Projeto, devidamente preenchido, no qual solicitamos a destinação de emenda parlamentar no valor de R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais), para aquisição de um micro-ônibus para o Município de Echaporã.

Vale destacar, nobre Senador, que através do atendimento deste pedido, a saúde municipal poderá acelerar seus atendimentos, além de satisfazer a população que dela tanto precisa.

Aproveito o ensejo para reiterar meus préstimos de estima e consideração por Vossa Excelência.

  
**LÚCIO FLÁVIO DA SILVA FALQUI**  
Vereador de Echaporã – MDB  
Tel. (18) 99715-7645

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**1. Responsável pelo Preenchimento**

**1.1 Nome Completo do Responsável:**

*Inserir o nome completo do responsável pelo preenchimento do formulário.*

Lucio Flavio Da Silva Falqui

**1.2 Cargo:**

*• Fornecer o cargo na instituição do responsável pelo preenchimento do formulário.*

Vereador

**1.3 E-mail:**

*• Fornecer um endereço de e-mail válido do responsável pelo preenchimento.*

luciolavacarro@camaraechapora.sp.gov.br

**1.4 Telefone de Contato FIXO (com DDD):**

*• Incluir um número de telefone para contato direto com DDD.*

(18) 99715-7645

**1.5 Telefone de Contato Celular com Whatsapp (com DDD):**

*• Incluir um número de telefone para contato direto que possua acesso ao Whatsapp para recebimento de mensagens.*

(18) 99715-7645

**2. Dados do Projeto**

**2.1 Título do Projeto (até 200 caracteres)**

*O título deve ser direto e refletir o escopo e o objetivo do projeto.*

AQUISIÇÃO DE MICRO-ÔNIBUS

**2.2 Resumo do Projeto (até 400 caracteres):**

*Um resumo conciso que destaque a essência do projeto, seus objetivos principais e a importância para a sociedade.*

O projeto de aquisição de um micro-ônibus para a saúde tem como objetivo principal melhorar o acesso da população a serviços médicos e de saúde, especialmente para aqueles que vivem em áreas mais distantes ou com mobilidade reduzida. Com esse investimento, busca-se garantir o transporte seguro e adequado de pacientes e profissionais de saúde.

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.3 Área:**

*Identifique claramente a área temática do projeto (por exemplo, saúde, educação, tecnologia, meio ambiente) para facilitar a compreensão de sua aplicabilidade e relevância.*

**Saúde**



**2.4 Justificativa (até 1000 caracteres):**

*A justificativa para a realização deste projeto reside na necessidade de avançar o conhecimento e proporcionar benefícios de impacto tangíveis à sociedade. A pesquisa proposta para ter sucesso quanto ao financiamento precisará abordar uma lacuna significativa, fornecendo respostas valiosas para problemas ou desafios existentes envolvendo ciência e tecnologia e deve ser mostrada a sua singularidade. Os resultados esperados deverão ter impactos diretos e indiretos a fim de melhorar a qualidade de vida e promover avanços tecnológicos, sociais ou econômicos.*

A aquisição de um micro-ônibus para a saúde é de extrema importância para garantir o acesso adequado e eficiente da população aos serviços de saúde, especialmente nas localidades mais distantes e de difícil acesso do município. O transporte de pacientes para consultas, exames e tratamentos especializados tem sido um desafio, principalmente para os que apresentam dificuldades de locomoção ou vivem em regiões afastadas dos centros urbanos. Com a aquisição deste veículo, será possível oferecer um transporte seguro, confortável e adequado, proporcionando maior agilidade no atendimento e contribuindo para a redução das desigualdades no acesso à saúde. Além disso, o micro-ônibus permitirá a ampliação do alcance das ações de saúde pública, atendendo de forma mais eficiente as necessidades da população e assegurando o cumprimento das políticas de saúde com qualidade e dignidade para todos.

**2.5 Objetivo (até 1000 caracteres):** *O objetivo principal deste projeto é [descrever o*

*O objetivo da aquisição de um micro-ônibus para a saúde é proporcionar um meio de transporte seguro, adequado e eficiente para o deslocamento de pacientes, profissionais de saúde e materiais entre as unidades de saúde, serviços de emergência, exames e tratamentos especializados. Este investimento visa melhorar o acesso da população, especialmente das áreas mais distantes ou com maior vulnerabilidade, a serviços de saúde essenciais, garantindo a continuidade e a ampliação do atendimento médico e contribuindo para a promoção da saúde pública no município.*

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.6 Prazo de execução (até 500 caracteres):**

*O projeto terá um prazo total de execução de [especificar o prazo] meses/anos. Durante esse período, serão realizadas as atividades de pesquisa, coleta de dados, análise, elaboração de relatórios e demais etapas necessárias para alcançar os resultados esperados (explicar).*

Prazo total para execução do Projeto é de 24 meses. Prazo esse necessário para conclusão de todas as fases sendo elas: Plano de Trabalho para formalização da Proposta com o Ministério, recebimento do repasse, cotação prévia para previsão de valores, processo licitatório, contratação de fornecedor, pagamento e prestação de contas.

**2.7 A seguir, preencha com uma planilha resumida com a justificativa orçamentária para o projeto:**  
**(Obs: Para emendas individuais de transferência especial, tipo PIX, o valor máximo permitido p/ custeio é 30% do total dos projetos)**

<b>Tipo</b>	<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Custo Estimado</b>
Capital	MICRO-ÔNIBUS	Micro-ônibus fretamento de Transporte Sanitário 0km adaptado para o transporte de passageiros com deficiência tipo cadeirante e dificuldade de locomoção, de acordo com a resolução CONTRAN 959/2022, (capacidade de 20 a 24 passageiros, 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; Suspensão traseira com mola parabólica ou trapezoidais e amortecedores telescópicos; PBT mínimo de 8 toneladas; tanque com capacidade mínima de 150 litros.	R\$ 650.000,00

Total Capital: R\$ 650,000.00 Total Custeio: R\$ 0.00 Total geral: R\$ 650,000.00

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.8 Prazo de desenvolvimento do projeto e valores/ano (até 600 caracteres):**

*Forneça uma estimativa dos custos anuais e o cronograma de desembolso financeiro, explicando como os recursos serão alocados ao longo do projeto.*

Prazo total para execução do Projeto é de 24 meses totalizando um Investimento de R\$ 650.000,00. Prazo e valor esse necessário para conclusão de todas as fases sendo elas: Plano de Trabalho para formalização da Proposta com o Ministério, recebimento do repasse, cotação prévia para previsão de valores, processo licitatório, contratação de fornecedor, pagamento e prestação de contas.

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.9 Impactos do Projeto para a Sociedade (até 600 caracteres):**

*Descreva, de forma sucinta, os benefícios diretos e indiretos que o projeto trará para a sociedade, incluindo melhorias na qualidade de vida, avanços tecnológicos, sociais ou econômicos.*

A aquisição de um micro-ônibus para a saúde terá um impacto crucial na melhoria do acesso aos serviços de saúde no município, especialmente para os cidadãos que residem em áreas periféricas ou rurais, onde o transporte adequado é um desafio. Este novo veículo permitirá o transporte seguro e eficiente de pacientes, facilitando o acesso a tratamentos médicos, consultas e exames especializados, que muitas vezes estão distantes das localidades de origem. O projeto não só aprimorará a logística do sistema de saúde local, como também promoverá a equidade.

**2.10 Forma de avaliação desses impactos (máximo 600 caracteres):**

*Explique os métodos e critérios que serão utilizados para avaliar o sucesso do projeto e seus impactos, tanto durante sua execução quanto após sua conclusão.*

A avaliação dos impactos pode ser realizada por meio de um acompanhamento do uso do micro-ônibus, registrando o número de pacientes atendidos e a frequência de transporte. Também pode ser feita uma análise da redução de faltas a consultas, exames e tratamentos, comparando dados antes e depois da implementação do serviço. A satisfação dos usuários pode ser monitorada por meio de entrevistas ou questionários, permitindo avaliar o impacto do transporte na experiência dos pacientes, no conforto e na eficiência do atendimento.

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.11 Quais as regiões do estado de SP que serão impactadas com o projeto:**

*Liste as regiões que serão diretamente beneficiadas pelo projeto, destacando o alcance geográfico da iniciativa. (Dica: Selecione a tecla Ctrl para adicionar múltiplas regiões)*

- Região Administrativa Central
- Região Administrativa de Araçatuba
- Região Administrativa de Barretos
- Região Administrativa de Bauru
- Região Administrativa de Franca
- Região Administrativa de Itapeva
- Região Administrativa de Marília**
- Região Administrativa de Presidente Prudente
- Região Administrativa de Registro
- Região Administrativa de Ribeirão Preto
- Região Administrativa de São José do Rio Preto
- Região Administrativa de São José dos Campos
- Região Administrativa de Sorocaba
- Região Administrativa e Metropolitana de Campinas
- Região Metropolitana da Baixada Santista
- Região Metropolitana de Jundiaí
- Região Metropolitana de Piracicaba
- Região Metropolitana de Ribeirão Preto
- Região Metropolitana de São José do Rio Preto
- Região Metropolitana de São Paulo
- Região Metropolitana de Sorocaba
- Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte

**2.12 Quais as cidades que serão impactadas com o projeto:**

*Liste as cidades que serão diretamente beneficiadas pelo projeto, destacando o alcance geográfico da iniciativa.*

**Estado:** SP

**Cidade:** Echaporã

**EXCLUIR SELEÇÃO**

**INCLUIR**

Echaporã - SP;

**Formulário de Submissão**

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**3. Informações do Responsável pelo Projeto**

**3.1 Nome Completo do Responsável:**

*Inserir o nome completo do indivíduo responsável pela coordenação e execução do projeto.*

Sérgio Aparecido Ribeiro

**3.2 Cargo:**

- Fornecer o cargo na instituição do responsável pelo projeto.*

Secretario Municipal de Saúde

**3.3 E-mail:**

- Fornecer um endereço de e-mail válido para comunicações oficiais relacionadas ao projeto.*

sergioapribeiro@yahoo.com.br; saude@echapora.sp.gov.br

**3.4 Telefone de Contato FIXO (com DDD):**

- Incluir um número de telefone para contato direto com DDD.*

(18) 3356-1502 / (18)3356-1441

**3.5 Telefone de Contato Celular com Whatsapp (com DDD):**

- Incluir um número de telefone para contato direto que possua acesso ao Whatsapp para recebimento de mensagens.*

(18) 99655-6343

SENADOR ASTRONAUTA  
**MARCOS PONTES**

Formulário de Submissão

Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda

**4. Informações da Instituição Proponente**

**4.1 Nome da Instituição:**

*Inserir o nome completo da instituição responsável por submeter e, se aprovado, executar o projeto.*

Prefeitura Municipal de Echaporã/SP

**4.2 CNPJ:**

*Fornecer o número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da instituição.*

44.470.300/0001-00

**4.3 Tipo de Instituição:**

*Indicar o tipo de instituição, por exemplo: universidade pública, instituto de pesquisa, organização sem fins lucrativos, etc.*

Empresa pública

**4.4 Público ou Privada:**

*Indicar se há instituição é uma organização pública ou privada*

Pública

**4.5 Endereço da Instituição:**

Logradouro:	avenida
Endereço:	Paraguaçu
Número:	S/N
Complemento:	Prédio
Bairro:	Centro
Cidade:	São Paulo
Estado:	SP
CEP:	19830-089

**4.6 Telefone da Instituição (com DDD):**

*Incluir um número de telefone da instituição para contato, com DDD.*

(18) 3356-9010

**4.7 E-mail Institucional:**

*Fornecer um endereço de e-mail institucional para comunicações oficiais.*

fazenda@echapora.sp.gov.br

Formulário de Submissão

Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda

**INSTRUÇÕES DE ENVIO**

Após finalizar o preenchimento do seu formulário, utilizando a ferramenta Adobe PDF, é essencial que você salve o documento em formato PDF para preservar a clareza e a legibilidade de todas as informações inseridas.

É crucial que o documento seja enviado eletronicamente em formato de arquivo PDF e não como uma imagem ou documento digitalizado. Isso garantirá a manutenção da qualidade das informações submetidas.

O envio do documento pode ser realizado de duas maneiras:

**1. Diretamente pelo Adobe Acrobat:** A própria ferramenta Adobe Acrobat oferece opções para compartilhar ou enviar o seu documento por e-mail. Utilize essa funcionalidade para encaminhar o documento diretamente para o endereço: [sen.astronautamarcospontes@senado.leg.br](mailto:sen.astronautamarcospontes@senado.leg.br).

**2. Através do seu cliente de e-mail favorito:** Caso prefira, você também pode anexar manualmente o arquivo PDF ao seu e-mail e enviar para o mesmo endereço mencionado anteriormente. No campo assunto do seu e-mail, por favor, insira a seguinte informação: "SUBMISSÃO DE PROJETOS: <nome do seu projeto>", substituindo "<nome do seu projeto>" pelo título efetivo do projeto que você está propondo. Isso é fundamental para nos ajudar a organizar e identificar rapidamente sua submissão para avaliação.

Para quaisquer dúvidas ou necessidade de assistência adicional durante o processo de submissão, não hesite em entrar em contato com nosso gabinete pelo telefone 61 3303-1177. Estamos à disposição para auxiliá-los em cada etapa do processo.



# Câmara Municipal de Echaporã

Estado de São Paulo  
Praça Riodante Fontana, 13 - Fone: (18) 3356-1441 - CEP: 19830-023 - Echaporã - SP  
www.camaraechapora.sp.gov.br  
CNPJ: 02.652.664/0001-60  
contato@camaraechapora.sp.gov.br

Echaporã, 19 de novembro de 2024.

## Ofício/VER.LÚCIO/038/2024

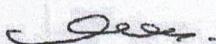
**Exmo. Sr. Marcos Pontes (PL)**  
**Senador da República por São Paulo**  
Senado Federal – Anexo 2 – Ala Nilo Coelho – Pavimento Térreo – Gabinete 08

**Assunto:** Encaminha o Formulário e Submissão de Projeto envolvendo aquisição de duas ambulâncias de pequeno porte no valor de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais).

Venho por meio deste Ofício, encaminhar, nos termos solicitados, o Formulário de Submissão de Projeto, devidamente preenchido, no qual solicitamos a destinação de emenda parlamentar no valor de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), para aquisição de duas ambulâncias de pequeno porte para o Município de Echaporã.

Vale destacar, nobre Senador, que através do atendimento deste pedido, a saúde municipal poderá acelerar seus atendimentos, além de satisfazer a população que dela tanto precisa, especialmente os idosos que tem mobilidade reduzida e não tem condições de se deslocarem até os postos de atendimento.

Aproveito o ensejo para reiterar meus préstimos de estima e consideração por Vossa Excelência.

  
**LÚCIO FLÁVIO DA SILVA FALQUI**  
Vereador de Echaporã – MDB  
Tel. (18) 99715-7645

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**1. Responsável pelo Preenchimento**

**1.1 Nome Completo do Responsável:**

*Inserir o nome completo do responsável pelo preenchimento do formulário.*

Lucio Flavio Da Silva Falqui

**1.2 Cargo:**

- Fornecer o cargo na instituição do responsável pelo preenchimento do formulário.*

Vereador

**1.3 E-mail:**

- Fornecer um endereço de e-mail válido do responsável pelo preenchimento.*

luciolavacarro@camaraechapora.sp.gov.br

**1.4 Telefone de Contato FIXO (com DDD):**

- Incluir um número de telefone para contato direto com DDD.*

018)99715-7645

**1.5 Telefone de Contato Celular com Whatsapp (com DDD):**

- Incluir um número de telefone para contato direto que possua acesso ao Whatsapp para recebimento de mensagens.*

(14) 98107-3223

**2. Dados do Projeto**

**2.1 Título do Projeto (até 200 caracteres)**

*O título deve ser direto e refletir o escopo e o objetivo do projeto.*

AQUISIÇÃO DE 2 AMBULÂNCIAS

**2.2 Resumo do Projeto (até 400 caracteres):**

*Um resumo conciso que destaque a essência do projeto, seus objetivos principais e a importância para a sociedade.*

O projeto visa à aquisição de duas ambulâncias para fortalecer a capacidade de atendimento emergencial de saúde no município. O objetivo é ampliar a frota disponível, melhorando o tempo de resposta e a qualidade do transporte de pacientes em situações críticas. Com a modernização da frota, as ambulâncias serão equipadas com tecnologia e recursos adequados para atender às necessidades de urgência e emergência, garantindo mais segurança e conforto durante o transporte, além de atender a demanda crescente por serviços médicos de urgência nas áreas urbanas e rurais.

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.3 Área:**

*Identifique claramente a área temática do projeto (por exemplo, saúde, educação, tecnologia, meio ambiente) para facilitar a compreensão de sua aplicabilidade e relevância.*

Saúde

**2.4 Justificativa (até 1000 caracteres):**

*A justificativa para a realização deste projeto reside na necessidade de avançar o conhecimento e proporcionar benefícios de impacto tangíveis à sociedade. A pesquisa proposta para ter sucesso quanto ao financiamento precisará abordar uma lacuna significativa, fornecendo respostas valiosas para problemas ou desafios existentes envolvendo ciência e tecnologia e deve ser mostrada a sua singularidade. Os resultados esperados deverão ter impactos diretos e indiretos a fim de melhorar a qualidade de vida e promover avanços tecnológicos, sociais ou econômicos.*

A aquisição de duas ambulâncias é uma necessidade urgente para o município, dado o aumento da demanda por atendimento emergencial e a precariedade da frota atual. Com o crescimento populacional e a expansão da área urbana e rural, é imprescindível garantir que a população tenha acesso rápido e seguro aos serviços médicos de urgência. A atual estrutura de transporte não é suficiente para cobrir todas as demandas, o que pode comprometer a saúde e a segurança dos cidadãos em situações de emergência. O investimento em ambulâncias modernas, bem equipadas, vai possibilitar um atendimento mais eficaz, ágil e seguro, resultando em maior eficiência na resposta a emergências médicas.

**Formulário de Submissão**

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.5 Objetivo (até 1000 caracteres):** *O objetivo principal deste projeto é [descrever o*

*o O objetivo principal deste projeto é garantir a aquisição de duas ambulâncias de  
última geração para o município, com equipamentos modernos e adequados para  
o transporte de pacientes em situações de emergência. O projeto visa melhorar a  
capacidade de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde, reduzindo o tempo  
de resposta em situações críticas e garantindo que os pacientes recebam o  
suporte necessário durante o transporte até as unidades de saúde. A aquisição das  
ambulâncias tem como meta aprimorar a qualidade e a agilidade no atendimento  
médico emergencial, proporcionando maior segurança à população.*

**2.6 Prazo de execução (até 500 caracteres):**

*O projeto terá um prazo total de execução de [especificar o prazo] meses/anos.*

*Durante esse período, serão realizadas as atividades de pesquisa, coleta de  
dados, análise, elaboração de relatórios e demais etapas necessárias para  
alcançar os resultados esperados (explicar).*

Prazo total para execução do Projeto é de 24 meses. Prazo esse necessário para conclusão de todas as fases sendo elas: Plano de Trabalho para formalização da Proposta com o Ministério, recebimento do repasse, cotação prévia para previsão de valores, processo licitatório, contratação de fornecedor, pagamento e prestação de contas.

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.7 A seguir, preencha com uma planilha resumida com a justificativa orçamentária para o projeto:  
(Obs: Para emendas individuais de transferência especial, tipo PIX, o valor máximo permitido p/  
custeio é 30% do total dos projetos)**

<b>Tipo</b>	<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Custo Estimado</b>
Capital	Ambulância	Ambulância Tipo A	R\$ 400.000,00

Total Capital: R\$ 400.000,00      Total Custeio: R\$ 0,00      Total geral: R\$ 400.000,00

**2.8 Prazo de desenvolvimento do projeto e valores/ano (até 600 caracteres):**

*Forneça uma estimativa dos custos anuais e o cronograma de desembolso  
financeiro, explicando como os recursos serão alocados ao longo do projeto.*

Prazo total para execução do Projeto é de 24 meses totalizando um Investimento de R\$ 400.000,00. Prazo e valor esse necessário para conclusão de todas as fases sendo elas: Plano de Trabalho para formalização da Proposta com o Ministério, recebimento do repasse, cotação prévia para previsão de valores, processo licitatório, contratação de fornecedor, pagamento e prestação de contas.

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.9 Impactos do Projeto para a Sociedade (até 600 caracteres):**

*Descreva, de forma sucinta, os benefícios diretos e indiretos que o projeto trará para a sociedade, incluindo melhorias na qualidade de vida, avanços tecnológicos, sociais ou econômicos.*

A aquisição das duas ambulâncias trará impactos diretos e significativos para a sociedade, especialmente no que diz respeito à melhoria do atendimento em situações de urgência e emergência. Com ambulâncias mais modernas e bem equipadas, o município terá maior capacidade de resposta, reduzindo o tempo de espera e aumentando a eficácia do transporte de pacientes para os serviços médicos. Isso resultará em uma maior taxa de sobrevivência em situações críticas e no rápido atendimento de casos graves. Além disso, a população se sentirá mais segura, sabendo que há um sistema de emergência capaz de atender prontamente às suas necessidades, o que contribui para um aumento geral na qualidade de vida e no bem-estar da comunidade.

**2.10 Forma de avaliação desses impactos (máximo 600 caracteres):**

*Explique os métodos e critérios que serão utilizados para avaliar o sucesso do projeto e seus impactos, tanto durante sua execução quanto após sua conclusão.*

A avaliação dos impactos do projeto será realizada através do monitoramento do tempo de resposta e da efetividade do transporte de pacientes para atendimentos médicos. Serão coletados dados sobre o tempo entre o chamado de emergência e a chegada da ambulância ao local, bem como a satisfação dos usuários com o atendimento prestado. Também será feita uma análise da redução no número de ocorrências em que o atendimento foi prejudicado devido à falta de recursos adequados, comparando os resultados após a implementação das novas ambulâncias com os dados anteriores. Além disso, a melhoria nos índices de saúde, como o aumento da taxa de sobrevivência em casos críticos e a redução de internações devido a falhas no transporte, também serão indicadores do sucesso do projeto.

**Formulário de Submissão**

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**2.11 Quais as regiões do estado de SP que serão impactadas com o projeto:**

*Liste as regiões que serão diretamente beneficiadas pelo projeto, destacando o alcance geográfico da iniciativa. (Dica: Selecione a tecla Ctrl para adicionar múltiplas regiões)*

Região Administrativa Central

Região Administrativa de Araçatuba

Região Administrativa de Barretos

Região Administrativa de Bauru

Região Administrativa de Franca

Região Administrativa de Itapeva

Região Administrativa de Marília

Região Administrativa de Presidente Prudente

Região Administrativa de Registro

Região Administrativa de Ribeirão Preto

Região Administrativa de São José do Rio Preto

Região Administrativa de São José dos Campos

Região Administrativa de Sorocaba

Região Administrativa e Metropolitana de Campinas

Região Metropolitana da Baixada Santista

Região Metropolitana de Jundiaí

Região Metropolitana de Piracicaba

Região Metropolitana de Ribeirão Preto

Região Metropolitana de São José do Rio Preto

Região Metropolitana de São Paulo

Região Metropolitana de Sorocaba

Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte

**2.12 Quais as cidades que serão impactadas com o projeto:**

*Liste as cidades que serão diretamente beneficiadas pelo projeto, destacando o alcance geográfico da iniciativa.*

**Estado:** SP

**Cidade:** Echaporã

**EXCLUIR SELEÇÃO**

**INCLUIR**

Echaporã - SP;

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**3. Informações do Responsável pelo Projeto**

**3.1 Nome Completo do Responsável:**

*Inserir o nome completo do indivíduo responsável pela coordenação e execução  
do projeto.*

Sérgio Aparecido Ribeiro

**3.2 Cargo:**

- Fornecer o cargo na instituição do responsável pelo projeto.*

Secretario Municipal de Saúde

**3.3 E-mail:**

- Fornecer um endereço de e-mail válido para comunicações oficiais relacionadas  
ao projeto.*

sergioapribeiro@yahoo.com.br; saude@echapora.sp.gov.br

**3.4 Telefone de Contato FIXO (com DDD):**

- Incluir um número de telefone para contato direto com DDD.*

(18) 3356-1502

**3.5 Telefone de Contato Celular com Whatsapp (com DDD):**

- Incluir um número de telefone para contato direto que possua acesso ao  
Whatsapp para recebimento de mensagens.*

(18) 99655-6343

Formulário de Submissão

**Projeto para Avaliação do Gabinete do Senador Astronauta Marcos Pontes  
para possível aporte de emenda**

**4. Informações da Instituição Proponente**

**4.1 Nome da Instituição:**

*Inserir o nome completo da instituição responsável por submeter e, se aprovado, executar o projeto.*

Prefeitura Municipal de Echaporã/SP

**4.2 CNPJ:**

*Fornecer o número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da instituição.*

44.470.300/0001-00

**4.3 Tipo de Instituição:**

*Indicar o tipo de instituição, por exemplo: universidade pública, instituto de pesquisa, organização sem fins lucrativos, etc.*

Empresa pública

**4.4 Público ou Privada:**

*Indicar se há instituição é uma organização pública ou privada*

Pública

**4.5 Endereço da Instituição:**

Logradouro:	avenida
Endereço:	Paraguaçu
Número:	S/N
Complemento:	Prédio
Bairro:	Centro
Cidade:	São Paulo
Estado:	SP
CEP:	19830-089

**4.6 Telefone da Instituição (com DDD):**

*Incluir um número de telefone da instituição para contato, com DDD.*

(18) 3356-9010

**4.7 E-mail Institucional:**

*Fornecer um endereço de e-mail institucional para comunicações oficiais.*

fazenda@echapora.sp.gov.br