

 <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b> FUNDO MUNICIPAL SAÚDE BANDEIRANTE  <b>CNPJ:</b> 11.290.422/0001-65 <b>Telefone:</b> (49) 3691-6573 <b>Endereço:</b> Avenida Santo Antônio, - Centro <b>CEP:</b> 89905-000 - Bandeirante	<b>INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO</b> <b>Nr.: 4/2023</b>
	<b>Processo Adm.:</b> 7/2023 <b>Data do Processo:</b> 16/01/2023

## TERMO DE HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

O(a) responsável desta entidade, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente pela lei 8.666/1993, Art. 25, I e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela Comissão de Licitações, resolve:

01 - Homologar e Adjudicar a presente Licitação nestes termos:

- a) Nr. Processo:** 7/2023  
**b) Nr. Licitação:** 4/2023 - IL  
**c) Modalidade:** Inexigibilidade de licitação  
**d) Data de Homologação:** 05/06/2023  
**e) Objeto da Licitação:** *CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS INTERESSADAS NO FORNECIMENTO DE APARELHOS AUDITIVOS A PACIENTES DO MUNICÍPIO DE BANDEIRANTE-SC, COM SUBSÍDIO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, DE ACORDO COM A FILA DO SISREG, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PRINCÍPIO DE EQUIDADE.*

**Participante: RESOLUTA CENTRO AUDITIVO LTDA**

Item	Especificação	Qtd.	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
1	SUBSÍDIO PAGO PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE À EMPRESA CREDENCIADA PARA O FORNECIMENTO DE UMA UNIDADE DE APARELHO AUDITIVO (DIREITA OU ESQUERDA) A PACIENTE DO MUNICÍPIO, SENDO O VALOR RESTANTE OBRIGAÇÃO DO PACIENTE. - SUBSÍDIO PAGO PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE À EMPRESA CREDENCIADA PARA O FORNECIMENTO DE UMA UNIDADE DE APARELHO AUDITIVO (DIREITA OU ESQUERDA) A PACIENTE DO MUNICÍPIO, SENDO O VALOR RESTANTE OBRIGAÇÃO DO PACIENTE.	24,000	UN	1.300,00	31.200,00

**Total do Participante: 31.200,00**

**Total Geral: 31.200,00**

02 - Autorizar a emissão da(s) nota(s) de empenho correspondente(s):

Descrição da Despesa	Dotação	Valor Estimado
Gestão dos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade	03.001.10.302.0002.2048.3.3.90.00.00	R\$ 31.200,00

Bandeirante, 05/06/2023

.....  
 EDUARDO OLIBONI

GESTOR FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

.....  
**Assinatura do Responsável**