

 <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b> FUNDO MUNICIPAL SAÚDE BANDEIRANTE	<b>INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO</b> <b>Nr.: 8/2023</b>
	<b>Processo Adm.:</b> 15/2023 <b>Data do Processo:</b> 13/03/2023

**CNPJ:** 11.290.422/0001-65      **Telefone:** (49) 3691-6573  
**Endereço:** Avenida Santo Antônio, - Centro  
**CEP:** 89905-000 - Bandeirante

## 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:** 15/2023  
**b) Nr. Licitação:** 8/2023 - IL  
**c) Modalidade:** Inexigibilidade de licitação  
**d) Data de Homologação:** 29/03/2023  
**e) Objeto da Licitação:** *CREDENCIAMENTO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE MAMOGRAFIA E DENSITOMETRIA ÓSSEA, CONFORME DEMANDA, PARA PACIENTES DO MUNICÍPIO, CONFORME SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BANDEIRANTE-SC.*

**Participante: CLINICA RADIOLOGICA SAO MIGUEL LTDA.**

Item	Especificação	Qtd.	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
1	EXAME DE MAMOGRAFIA BILATERAL - EXAME DE MAMOGRAFIA BILATERAL	500,000	UN.	60,00	30.000,00
2	EXAME DE MAMOGRAFIA UNILATERAI - EXAME DE MAMOGRAFIA UNILATERAI	200,000	UN	50,00	10.000,00
3	EXAME DE DENSITOMETRIA ÓSSEA, UM SEGUEMENTO - EXAME DE DENSITOMETRIA ÓSSEA, UM SEGUEMENTO	100,000	UN	55,10	5.510,00
4	EXAME DE DENSITOMETRIA ÓSSEA, DOIS SEGUEMENTOS (COLUNA E FÊMUR) - EXAME DE DENSITOMETRIA ÓSSEA, DOIS SEGUEMENTOS (COLUNA E FÊMUR)	100,000	UN	110,20	11.020,00
<b>Total do Participante:</b>					<b>56.530,00</b>
<b>Total Geral:</b>					<b>56.530,00</b>

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

Descrição da Despesa	Dotação	Valor Estimado
Obras de Edificações de Saúde	03.001.10.301.0002.1017.4.4.90.00.00	R\$ 56.530,00

Bandeirante, 29/03/2023

.....  
 EDUARDO OLIBONI  
 GESTOR FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

.....  
**Assinatura do Responsável**