

 <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b> FUNDO MUNICIPAL SAÚDE PONTE ALTA	<b>PREGÃO ELETRÔNICO</b> <b>Nr.: 5/2023</b>
	<b>Processo Adm.:</b> 5/2023 <b>Data do Processo:</b> 25/05/2023

## 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. 15, CAPUT 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:** 5/2023  
**b) Nr. Licitação:** 5/2023 - PE  
**c) Modalidade:** Pregão eletrônico  
**d) Data de Homologação:** 07/07/2023  
**e) Objeto da Licitação:** *Contratação de empresa para transportes de pacientes fora domicílio (TFD), com veículo tipo van 16 lugares e Hemodiálise, com veículo tipo automóvel 07 lugares.*

**Participante: 50.067.159 LUIZ CARLOS DE JESUS**

Item	Especificação	Qtd.	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
1	Transporte de paciente para fora do domicílio (TFD). - Transporte de 20.000, paciente para fora do domicílio (TFD), com veículo tipo van, com capacidade mínima de 16 lugares.	20.000	KM	6,90	138.000,00
<b>Total do Participante:</b>					<b>138.000,00</b>

**Participante: 51.031.766 MARCIO KLEBER LOURENCO**

2	Transporte de paciente para hemodiálise, com veículo tipo 21.600, automóvel 07 lugares. - Transporte de paciente para hemodiálise, com veículo tipo automóvel 07 lugares.	21.600	KM	4,30	92.880,00
<b>Total do Participante:</b>					<b>92.880,00</b>
<b>Total Geral:</b>					<b>230.880,00</b>

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

Descrição da Despesa	Dotação	Valor Estimado
Piso de Atenção Básica - PAB	03.001.10.301.0007.2053.3.3.90.00.00	R\$ 50.000,00
Transporte de Pacientes	03.001.10.301.0007.2051.3.3.90.00.00	R\$ 21,29
Transporte de Pacientes	03.001.10.301.0007.2051.3.3.90.00.00	R\$ 31,70
Piso de Atenção Básica - PAB	03.001.10.301.0007.2053.3.3.90.00.00	R\$ 517,99
Piso de Atenção Básica - PAB	03.001.10.301.0007.2053.3.3.90.00.00	R\$ 50.000,00
Emendas Impositivas Estaduais SC/SAÚDE	03.001.10.301.0007.2236.3.3.90.00.00	R\$ 204.821,02

Ponte Alta, 07/07/2023

EDSON JULIO WOLINGER  
 Prefeito Municipal

Assinatura do Responsável