



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO OESTE

Rua Encantado, 111 - Centro - São João do Oeste
 CEP: 89897-000 CNPJ: 11.418.721/0001-32 Telefone: (49) 3636-3400
 E-mail: compras@saojoao.sc.gov.br Site: http://www.saojoao.sc.gov.br

INEXIGIBILIDADE DE
Nr.: 25/2025

Processo Adm.: 25/2025

Data do Processo: 15/09/2025

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 14.133/2021, Art. 79, 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:** 25/2025
b) Nr. Licitação: 25/2025 - IL
c) Modalidade: Inexigibilidade de licitação
d) Data de Homologação: 15/09/2025
e) Objeto da Licitação: *Chamamento público para credenciamento de pessoas jurídicas, públicas ou privadas, lucrativas ou não, para realização de exames e consultas especializadas de média e alta complexidade para atendimento dos pacientes do Fundo Municipal de Saúde de São João do Oeste/SC.*

Participante: SIIM - SERVICOS DE IMAGEM INTEGRADA MEDICA LTDA (09.503.895/0001-51)

Item	Especificação	Qtd.	Unidade	Valor Unitário	Valor Total
1	Ressonância Magnética de Abdômen Superior. Código SIA/SUS 02.07.03.001-4.	200,000	UN	300,00	60.000,00
2	Ressonância Magnética de Articulação Têmporo - Mandibular (Bilateral). Código SIA/SUS 02.07.01.002-1.	100,000	UN	300,00	30.000,00
3	Ressonância Magnética de Coluna Cervical/ Pescoço. Código SIA/SUS 02.07.01.003-0.	200,000	UN	300,00	60.000,00
4	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra. Código SIA/SUS 02.07.01.004-8.	200,000	UN	300,00	60.000,00
5	Ressonância Magnética de Coluna Torácica. Código SIA/SUS 02.07.01.005-6.	200,000	UN	300,00	60.000,00
6	Ressonância Magnética de Crânio. Código SIA/SUS 02.07.01.006-4.	200,000	UN	300,00	60.000,00
7	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral). Código SIA/SUS 02.07.03.003-0.	350,000	UN	300,00	105.000,00
8	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral). Código SIA/SUS 02.07.02.002-7.	350,000	UN	300,00	105.000,00
9	Ressonância Magnética de Sela Túrcica. Código SIA/SUS 02.07.01.007-2.	100,000	UN	300,00	30.000,00
10	Ressonância Magnética de Tórax. Código SIA/SUS 02.07.02.003-5.	150,000	UN	300,00	45.000,00
12	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdômen Inferior. Código SIA/SUS 02.07.03.002-2.	200,000	UN	300,00	60.000,00
13	Ressonância Magnética Multiparametrica da Próstata. Código SIA/SUS 02.07.03.005-7.	50,000	UN	320,00	16.000,00
16	Contraste p/ Ressonância Magnética. Código SIA/SUS 90085.	500,000	UN	150,00	75.000,00
Total do Participante:					766.000,00

Total Geral: 766.000,00

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

Descrição da Despesa	Dotação	Valor Estimado
----------------------	---------	----------------

São João do Oeste, 15/09/2025

.....
CLEIDE TERESINHA WIRTH REMPEL
SECRETARIA DA SAÚDE

.....
Assinatura do Responsável