1 Adt Proc 0158 Cred

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0158/2017 - INEXIGIBILIDADE Nº 0009/2017

"EDITAL DE CREDENCIAMENTO UNIVERSAL"

Pelo presente Termo Aditivo, O Município de Xanxerê, estado de Santa Catarina, **através do Fundo Municipal de Saúde de Xanxerê**, torna público que fica suprimido do Edital, conforme abaixo relacionado:

CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente termo aditivo tem embasamento legal no Processo de Licitação nº 0158/2017 - Inexigibilidade nº 0009/2017 e pelo Art. 65, Inciso I, da Lei 8.666/93, atualizada pela Lei 8.883/94 e Lei 9.648/98.

CLÁUSULA SEGUNDA - O presente Edital tem por objeto o Credenciamento de Prestadores Serviços de Saúde, para realização de consultas e procedimentos, para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Xanxerê, de acordo com o item 02 do presente.

CLÁUSULA TERCEIRA - Fica **Suprimido** do Item 2.1 do Edital, os Procedimentos conforme tabela abaixo, de acordo com o Ofício da Secretaria Municipal de Saúde:

Procedimentos	Qt. Mês	Valor	Valor	Valor Total
		Unit. SUS	Contrapartida	
Eletroencefalografia em vigília c/ ou	Até 50/mês	R\$ 11,34	R\$ 78,37	R\$ 4.485,50
s/ foto-estimulo				
Eletroencefalograma em sono	Até 50/mês	R\$ 25,00	R\$ 64,71	R\$ 4.485,50
induzido com ou sem medicamento				
Eletroneuromiografia de face	Até 5/mês	R\$ 0,00	R\$ 195,12	R\$ 975,60
Eletroneuromiografia de membros	Até 50/mês	R\$ 0,00	R\$ 238,85	R\$ 11.942,50
inferiores				
Eletroneuromiografia de membros	Até 20/mês	R\$ 0,00	R\$ 375,66	R\$ 7.513,20
inferiores e superiores				
Eletroneuromiografia de membros	Até 50/mês	R\$ 0,00	R\$ 238,85	R\$ 11.942,50
superiores				
Espirometria c/ determinação do	Até 50/mês	R\$ 0,00	R\$ 67,28	R\$ 3.364,00
volume residual				

CLÁUSULA QUARTA - Permanecem inalteradas e em pleno vigor as demais cláusulas e condições do Processo Originário.

E por estarem justos e contratados assinam o presente Termo Aditivo em 2 (duas) vias na presença de 2 (duas) testemunhas.

Xanxerê-SC, 24 de Maio de 2018.

AVELINO MENEGOLLA Prefeito Municipal	IRENE SALETE GORALSKI Secretaria Municipal de Saúde		
TESTEMUNHAS: Nome:	Nome:		
CPF:	CPF:		