**ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº** **024/2023**

Iguatemi – MS, 9 de agosto de 2023

FORNECEDOR: **FERNANDA NUNES ALVES PENHA 71321195168**

ENDEREÇO: **RUA MORELIA N. NEVES, 8577** BAIRRO: **VILA AIMORÉ**

CIDADE**: CAMPO GRANDE** ESTADO**: MS** CEP: **79.074-250**

CNPJNº**: 38.329.508/0001-00**

|  |
| --- |
| **FERNANDA NUNES ALVES PENHA 71321195168** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANEXO | LOTE | ITEM | CÓD. | ESPECIFICAÇÃO DO ITEM | UNID | QUANTIDADE | MARCA  | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL |
| I | 1 | 1 | 32913 | CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM CURSO DE PRIMEIROS SOCORROS E NOVAS ATUALIZAÇÕES DA RCP (RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR), CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA. | SERV | 1,00 |   | 16.450,00 | 16.450,00 |
| VALOR TOTAL | **16.450,00** |

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM CURSO DE PRIMEIROS SOCORROS E NOVAS ATUALIZAÇÕES DA RCP (RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR), PARA ATENDER A SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME TERMO DE REFERÊNCIA.

**DOTAÇÕES:**

4 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
09.02 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1007-2.313 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
FONTE: 2.621.0000-000 / FICHA: 633
R$ 16.450,00 (dezesseis mil e quatrocentos e cinquenta reais)

**DAS PENALIDADES:** Pela inexecução parcial ou total das obrigações estipuladas nesta Ordem de Serviço, parte inadimplente pagará multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor da inadimplência ou, se o valor não for determinável, igual a 10% (dez por cento) do valor deste contrato.

**PRAZO DE EXECUÇÃO:** A execução do serviço deverá ser realizada de acordo com o Termo de Referência.

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** 60 dias a partir da data de assinatura deste.

**CONDIÇÕES** **DE** **PAGAMENTO:** O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias após a conclusão dos serviços e apresentação das Notas Fiscais Eletrônica, devidamente atestadas pela Secretaria Solicitante.

**PROCEDIMENTO:** Dispensa de Licitação, com fulcro Art. 24 Inciso II da Lei Federal 8.666/93.

|  |
| --- |
| **A Nota Fiscal / Recibo deverá conter:** 1. **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
2. Av. Laudelino Peixoto, 871 – Centro
3. CNPJ 11.169.389/0001-10
4. Processo nº 190/2023 – Dispensa de Licitação nº 063/2023 – Ordem Ex. Serviço nº 024/2023.

 **(Colocar no rodapé da Nota Fiscal / Recibo)** **OBS: Não será aceito Nota Fiscal com rasura ou emendas** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Emitido por:**  | Recebido por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Fernanda Nunes Alves Penha*****FERNANDA NUNES ALVES PENHA**(CONTRATADA) |
|  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*****Janssen Portela Galhardo***SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE(CONTRATANTE) |