**ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº** **037/2023**

Folhas Nº\_\_\_\_\_ /2023

Visto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### IGUATEMI/MS, 07 de novembro de 2023.

###### CONTRATADA: CENTRO DE EXAMES DE LABORATÓRIO PERARO LTDA

###### ENDEREÇO: AV. GELSON ANDRADE MOREIRA, N° 645

###### CIDADE: IGUATEMI- ESTADO: MS

CEP: **79960-000**

CNPJ: **10.568.762/0001-42**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CENTRO DE EXAMES DE LABORATÓRIO PERARO LTDA** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANEXO | LOTE | ITEM | CÓD. | ESPECIFICAÇÃO DO ITEM | UNID | QUANTIDADE | MARCA | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL |
| I | 1 | 1 | 13660 | EXAME HEMOGLOBINA GLICADA. | UN | 900,00 | C.E.L. | 18,50 | 16.650,00 |
| VALOR TOTAL | | | | | | | | **16.650,00** | |

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE LABORATÓRIO PARA REALIZAR EXAMES DE HEMOGLOBINA GLICADA, CONFORME SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE.

**DOTAÇÕES:**

4 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
09.02 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
10.301.1007-2.312 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA ATNÇÃO PRIMÁRIA  
3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA  
FONTE: 2.600.0000-000 / FICHA: 624  
R$ 16.650,00 (dezesseis mil e seiscentos 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:** O prazo para início dos Serviços será imediato, contados da assinatura do presente instrumento.

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** Até 31 (trinta e um) de dezembro de 2023.

**CONDIÇÕES** **DE** **PAGAMENTO:** O pagamento será efetuado 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** 2. Av. Laudelino Peixoto, 871 – Centro 3. CNPJ –11.169.389/0001-10 4. Processo nº 264/2023 – Dispensa de Licitação nº 085/2023 – Ordem Ex. Serviço nº 037/2023.   **(Colocar no rodapé da Nota Fiscal / Recibo)**  **OBS: Não será aceito Nota Fiscal com rasura ou emendas** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Emitido por:** | Recebido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Thiago Bruno Peraro**  **CENTRO DE EXAMES DE LABORATÓRIO PERARO LTDA**  **(CONTRATADA)** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Janssen Portela Galhardo**  **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE** (CONTRATANTE) |