



ESTADO DO MARANHÃO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J.: 10.432.389/0001-06

ORDEM DE FORNECIMENTO Nº 02/20120

Fundo Municipal de Saúde, inscrita no CGC nº 10.432.389/0001-06, situada na Rua Projetada s/n, Bairro São Francisco, nesta cidade, representada neste ato pela Senhora Secretária **Karen Cynthia S. e Silva Borges** solicita o fornecimento dos materiais especificados neste documento, objeto do Dispensa Nº 016/2020 Contrato Administrativo nº 20200405-716/2020-01 datado de 04 de maio de 2020.
Empresa: BRASIL HOSP - PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA - CNPJ 15.377.501/0001-69

1. DO OBJETO

FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO

As especificações detalhadas encontram-se na cláusula segunda do Contrato.

| ITEM | DESCRIÇÃO | UND | QUANT | V. UNIT. | V. TOTAL |
|-------------------------|---|-----|-------|----------|------------------|
| 4 | Macacão impermeável com camada de polietileno em alta densidade, com costura reforçada. Camisa - com manga longa e elástico. Calça com elástico. Na cor branca. | Ui | 40 | 219,90 | 8.796,00 |
| 9 | Bota branca com forro em material de poliéster 100%, confeccionada com poli cloreto de vinil a (pvc) e borracha nitrílica. possui injeção com duas etapas (sola e cano) com fusão em uma peça só. totalmente impermeável, resistente a flexão, tração e abrasão. leve, macia e confortável. Und. 50 | Ui | 40 | 57,80 | 2.312,00 |
| TOTAL GERAL..... | | | | | 11.108,00 |

2. DA ENTREGA E RECEBIMENTO DO OBJETO

2.1 - Os materiais supramencionados serão recebidos pelo setor competente da **Secretaria Municipal de Saúde**, mediante a apresentação da Nota Fiscal, bem como as Certidões abaixo citadas e cópia deste documento pelo fornecedor, no prazo de até 05 (cinco) dias.

- * Certidão de Regularidade para com FGTS;
- * Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais
- * Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- * Certidão Negativa de Débitos Estadual;
- * Certidão Negativa da Dívida Ativa do Estado;
- * Certidão Negativa Municipal.

2.2 - O **fornecedor** ficará obrigado a trocar, os seus materiais e/ou similares que vierem a ser recusado, sendo que o recebimento não importará a sua aceitação.

3. DO VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS

3.1 - O valor desta Ordem de Fornecimento é de **R\$ 11.108,00 (onze mil cento e oito reais)**

3.2 - O pagamento será efetuado pelo Fundo Municipal de Saúde do Município de Pedreiras/MA após a entrega do material, acompanhado da Nota Fiscal, com o atestado pelo setor competente diretamente conta corrente indicada pelo **fornecedor**.

3.3 - Na existência de erros, a Secretaria Municipal de Saúde devolverá a fatura ao **fornecedor** dentro do prazo máximo de 02 (dois) dias úteis.

4. DA VIGÊNCIA

4.1 - A presente autorização entrará em vigor na data de sua assinatura, e findar-se-á no ato do pagamento.

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 - O descumprimento total ou parcial de qualquer das obrigações aqui elencadas, sujeitará, às sanções previstas na Lei nº 8.666/93

Pedreiras-MA, 08 de maio de 2020

Secretária Municipal de Saúde