



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

ORDEM DE FORNECIMENTO Nº 01/20120

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 025/2020 Contrato Administrativo nº 06050001 datado de 06 de maio de 2020.
Empresa: BRASIL HOSP - PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA - CNPJ 15.377.501/0001-69

1. DO OBJETO

FORNECIMENTO DE TESTE PAR COVID19

As especificações detalhadas encontram-se na cláusula segunda do Contrato

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QUANT	V. UNIT.	V. TOTAL
1	Kit para diagnóstico qualitativo in vitro de anticorpos IgM/IgG, de Coronavirus em amostra de Soro Humano plasma e sangue total	Kit	1.000	160,00	160.000,00
TOTAL GERAL.....					160.000,00

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\$ 160.000,00 (cento e sessenta mil 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

Redreiras-MA, 07 de maio de 2020

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the left.

Secretária Municipal de Saúde