PREFEITURA MUNICIPAL VITORIA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
AV. MARECHAL MASCARENHAS DE MORAES, Nº 1185
CEP: 29017-010 - FORTE SÃO JOÃO - VITÓRIA/ES
CNPJ: 14.792.165/0001-58
Fone/Fax: (27) 3132-5058

ORDEM DE SERVIÇO

1596/2020

Unidade Gestora da Licitação: **FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
Licitação: 94/2020 - Inexigibilidade

Nº de RS's:	694 / 2020
Processo Adm.	03074022/2020
Valor Total (R$)	**Valor total por extenso**
302.640,00	**TREZENTOS E DOIS MIL SEISCENTOS E QUARENTA REAIS**

Unidade Requisitante
015.001.037.000.000 - LABORATÓRIO CENTRAL MUNICIPAL

Local de Entrega
RUA JOAO PALACIOS 503
EURICO SALES
29160-161 SERRA - ES

Prazo de Entrega: 5 dias
Condição de Pagamento: 30 dias
Nro / Ano do Contrato: 309/2020

Dados do Prestador de Serviço

Fornecedor: 013664 ORB LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA - ME
CNPJ (RG): 13.525.814/0001-91
Endereço: RUA MISAEL PEDREIRA DA SILVA 70 SALA 904
Bairro: SANTA LÚCIA
E-Mail: sistemacontabil.vix@gmail.com
Cidade: VITÓRIA
UF: ES
CEP: 29056-920
Telefone: (27)9943-5575
Fax:
Banco:
Agência / Conta:

Empenho	Valor Empenho	Dotação/Elemento de Despesa	Fonte de Recurso
02862/2020	75.660,00	1682 015.001.103020006.20309 / 3.3.90.39.50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL.,ODONTOL.E LABORATORIAIS	1.214.0042.0000 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Item	Material	Unidade	Marca	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	7.22.42.0037.0	UN	.	12.000,000	6,9700	83.640,00
L3	Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora					
2	7.22.42.0038.8	UN	.	30.000,000	7,3000	219.000,00
L3	Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora - Rastreamento					

PREFEITURA MUNICIPAL VITORIA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
AV. MARECHAL MASCARENHAS DE MORAES, Nº 1185
CEP: 29017-010 - FORTE SÃO JOÃO - VITÓRIA/ES
CNPJ: 14.792.165/0001-58
Fone/Fax: (27) 3132-5058

ORDEM DE SERVIÇO

1596/2020

Unidade Gestora da Licitação: **FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
Licitação: 94/2020 - Inexigibilidade

Nº de RS's:	694 / 2020
Processo Adm.	03074022/2020
Valor Total (R$)	**Valor total por extenso**
302.640,00	**TREZENTOS E DOIS MIL SEISCENTOS E QUARENTA REAIS**

Unidade Requisitante
015.001.037.000.000 - LABORATÓRIO CENTRAL MUNICIPAL

NOTA:
Para efeito de pagamento, solicitamos que seja informado na nota de serviço o número da O.S., dados bancários e nota de empenho.

Observação:

Autorizo a Execução do Serviço

VITÓRIA / ES, ____ de _____ de _____

Carimbo e Assinatura do Responsável

RESERVADO AO PRESTADOR DE SERVIÇO

Assinatura da Contratada