

---

**ORDEM DE INÍCIO DE SERVIÇO/FORNECIMENTO Nº \_\_\_\_\_/202\_\_**  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº \_\_\_\_\_/202\_\_  
CONTRATO Nº \_\_\_\_\_/202\_\_  
EMPENHO Nº \_\_\_\_\_/202\_\_

**CONTRATANTE**

Razão Social: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

CNPJ: nº 45.358.249/0001-01

Endereço completo: Rua Episcopal, nº 1.575, Centro, CEP: 13.560-905- Cidade: São Carlos/SP

Telefone: (16) 3362-1000

Chefe do poder executivo Municipal: \_\_\_\_\_

**CONTRATADA**

Razão Social:

CNPJ:

Endereço completo (incluindo bairro, cidade, estado e CEP):

Telefone:

E-mail:

Responsável:

**DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Responsável pela Unidade Demandante: \_\_\_\_\_

Local de início e fim dos serviços:

Telefone:

Data de início da execução:

Data do fim da execução:

Informações adicionais:

**DESCRIÇÃO DO OBJETO DA CONTRATAÇÃO:**

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

**LEANDRO LUCIANO DOS SANTOS**  
**Secretário Municipal de Saúde**