



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



AValiação DE FORNECEDORES

(ENSP/SEGEM/POP.FM.001)

Empresa fornecedora:

Nota fiscal: _____ (CNPJ)

Nota de empenho:

Processo:

Data do recebimento:

Critérios atendidos

Prazo de entrega () *Segem – Data (empenho assinado em _____)*

Agendamento () *Segem*

Especificação ()

Quantidade ()

Acondicionamento ()

Transporte ()

Validade ()

Normativas legais ()

Carimbo e assinatura

Favor, enviar o formulário devidamente preenchido para o e-mail
almoxarifado@ensp.fiocruz.br .