

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA**

(Página: 1 / 1)

**Sistema CECAM**  
 Data: 24/04/2019 14:28  
 Sistema CECAM

Pedido de Compra 6724/2018 - 0

**Nº Pedido de Compra:** 6724/2018  
**Categoria Econômica:** 3.3.90.39.50 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-P.J.  
**Modalidade:** 17/2018 - IN-G INEXIGIBILIDADE  
**Fundamento Legal:** ART 25, CAPUT, LEI 8666/93  
**Processo Nº:** 0/2018      **Empenho:** 21315/2018 - 21/12/2018  
**Vínculo:** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Global/Estimativo****Cotação Nº:** 108/2018

**Fornecedor 11307 CENTRO DE APOIO AOS PORTADORES DO VIRUS HIV**  
**Nome Fantasia HIVIDA**  
 Endereço RUA PALOTINA, 126  
 Bairro VILA CRISTINA  
 Cidade CARAPICUÍBA  
 CEP 06363-290  
 C.P.F / C.N.P.J. Nº 04.608.077/0001-08  
 Inscr. Estadual  
 e-mail hivida@hivida.org.br

Estado SP  
 Nº Telefone (011) 4183-6060  
 Nº Fax (011) 4183-4593  
 Inscr. Municipal

**Local de Entrega** ALMOXARIFADO CENTRAL  
**Ficha Nº** 761  
**Dest. Recurso** 053000007 FED-MAC - GESTÃO PLENA - C/624.038-8

Endereço AV. DR. DURVAL NICOLAU, 125, JD. PRISCILA, CEP 13874-122  
 Unidade Orçamentaria 11503 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE  
 Validade CONFORME CONTRATO  
 Prazo Entrega CONFORME CONTRATO      Prazo de Pagto CONFORME CONTRATO  
 Garantia CONT 192/18  
 Objeto Contratação de clínica para paciente psiquiátrico e comorbidades, em cumprimento a ação de obrigação de fazer combinado com internação compulsória ajuizada pelo Ministério Público do Estado de São Paulo  
 Aplicação DEPTO SAUDE  
 Nº Requisição 6977/2018  
 Nº Contrato 192 / 2018

Responsável **Iarissa.cippollini**

**Os Materiais/Serviços que não estiverem em acordo com este pedido serão DEVOLVIDOS. O Número deste pedido deverá constar em sua NOTA FISCAL.**

**Emitido Para** PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOAO DA BOA VISTA  
**C.N.P.J.** 46.429.379/0001-50      **Inscrição Nº** 0  
**Endereço** RUA MARECHAL DEODORO, Nº 366-CENTRO-SP CEP 13870-223

**Nº Telefone:** (19) (3634-1000) **Nº Fax:** ( ) ( - )  
**Queiram fornecer a esta ENTIDADE / INSTITUIÇÃO, o(s) bens/serviços abaixo especificados:**

Item Nº	Quantidade	Un.Med.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
001	2	MES	017.001.00171/CONTRATAÇÃO DE CLÍNICA PARA TRATAMENTO	2.692,8000	5.385,60
			<b>Pedido 6724/2018 Total</b>		<b>5.385,60</b>
			<b>Descontos (-)</b>		<b>0,00</b>
			<b>Impostos (+)</b>		<b>0,00</b>
			<b>Valor</b>		<b>5.385,60</b>

**( CINCO MIL E TREZENTOS E OITENTA E CINCO REAIS E SESSENTA CENTAVOS )****SAO JOAO DA BOA VISTA, 21 de Dezembro de 2018**

RENATA ALEIXO DE CARVALHO  
 CHEFE DO SETOR DE COMPRAS

RENATA MOYSES CASSIANO  
 DIRETORA DPTO DE ADMINISTRAÇÃO