



PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS  
Poder Executivo

COMUNICAÇÃO INTERNA - Nº

369/2026

Morrinhos, 23 de janeiro de 2026.

REMETENTE  
DESTINATÁRIO

Hospital Municipal de Morrinhos - HMM  
Procuradoria Geral do Município - PGM

| Qualificação do Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------|--------------|-----|-----------|
| NOME DA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| CNPJ/ME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| NOME DO REPRESENTANTE DA EMPRESA OU CONTRATADO                                                                                                                                                                                                                                                                           | MARLENCLYS FERREIRA DA SILVA (64) 99323-9386- RG 5088998 2v - CPF 703.085.331-86 - COREN 1.106.210 - NIT. 190.56296.09-7 |     |      |      |              |     |           |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Rua 9 , S/Nº, Qd. 32 Lt 7 - Setor Vila Portilândia - Vicentinópolis -GO                                                  |     |      |      |              |     |           |
| Objeto/Justificativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Credenciar o profissional a cima citado na qualidade de Técnica em enfermagem, de caráter autônomo, abrangendo todas as ações e serviços dessa área no atendimento da população do Município. Em regime de plantão de 12 horas. A prestação de serviços será efetuada conforme lotação da Secretaria Municipal de Saude. |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Valor e forma de pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Estima-se em R\$ 84.000,00 (oitenta e quatro mil reais) o valor global a ser pago a contratada pela prestação dos serviços aqui ajustados.                                                                                                                                                                               |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Estima-se em R\$ 79.200,00 (setenta e nove mil e duzentos reais), pelos plantão de 12 (doze) horas, com valor unitário de R\$ 300,00 ( trezentos reais). Estimado em 22 plantões. Valor mensal de R\$ 6.600,00 (seis mil reais)                                                                                          |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Estima-se em R\$ 4.800,00 (quatro mil e oitocentos reais) para acompanhar a transferência de paciente em tratamento fora do Município, com valor de 100,00 (cem reais) por viagem. Estima-se 4 viagens mensais. R\$ 400,00 mensais.                                                                                      |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Prazo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| 26/01/2026 à 31/12/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Dotação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| PRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10                                                                                                                       | 302 | 0090 | 2384 | 3.3.90.39.50 | 102 | 84.000,00 |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                          |     |      |      |              |     | 84.000,00 |
| Check list de documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Atos Constitutivos da pessoa jurídica (inclusive CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Documentos do representante CPF/MF                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Documentos da pessoa fisica (quando for o caso)                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                          |     |      |      |              |     | X         |
| Comprovante de endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |     |      |      |              |     | X         |
| Alvará                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
| Certidões fiscais: Federal, Estadual, Municipal, Previdenciária, Trabalhista e do conselho                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                          |     |      |      |              |     | X         |
| Currículo padrão acompanhado de cópias dos cursos incluindo diploma e certificado de especialização                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                          |     |      |      |              |     | X         |
| Outro (s) documento anexo                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                          |     |      |      |              |     |           |

Rhalsia Aparecida Fernandes de Paula  
Diretora Geral do Hospital Municipal

ASSINADO DIGITALMENTE  
IASMIM JULIA VIEIRA NUNES

A conformidade com a assinatura pode ser verificada em:  
<https://serpro.gov.br/assinador-digital>

