

VERIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

Nº do Processo/ Protocolo		1290/2025
Contratante	Fundo Municipal de Saúde	
Setor Requisitante	Secretaria Municipal de Saúde	
Responsável pela Demanda	Ana Paula Garcia Souza	
E-mail	saude@ouroverdegoias.go.gov.br	
OBJETO		
AQUISIÇÃO DE REANIMADOR INFANTIL PARA ATENDER ÀS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.		
EMPRESA CONTRATADA		
PRO-REMEDIOS DISTRIBUIDORA FARMACEUTICOS E COSMETICOS EIRELI CNPJ: 05.159.591/0001-68 CONTATO: 64 4141-2555/4141-2441 e-mail: proremediosdf@gmail.com		
Preenche os requisitos mínimos de qualificação? (x) SIM () NÃO		
HABILITAÇÃO FISCAL: (x) CND RECEITA FEDERAL (x) CND FAZENDA ESTADUAL (x) CND FAZENDA MUNICIPAL (x) CRF FGTS (x) CNDT – TRABALHISTA		
Preenche os requisitos mínimos de habilitação? (x) SIM () NÃO		

Ouro Verde de Goiás, aos 12 dias do mês de março de 2025.


ANA PAULA GARCIA SOUZA
GESTORA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE