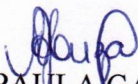


**VERIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO**

|                                                                                                                                                                   |                                                                                    |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Nº do Processo/ Protocolo                                                                                                                                         |                                                                                    | 1213/2025 |
| Contratante                                                                                                                                                       | Fundo Municipal de Saúde                                                           |           |
| Setor Requisitante                                                                                                                                                | Secretaria Municipal de Saúde                                                      |           |
| Responsável pela Demanda                                                                                                                                          | Ana Paula Garcia Souza                                                             |           |
| E-mail                                                                                                                                                            | <a href="mailto:saude@ouroverdegoias.go.gov.br">saude@ouroverdegoias.go.gov.br</a> |           |
| <b>OBJETO</b>                                                                                                                                                     |                                                                                    |           |
| CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE MANUTENÇÃO EM TV DIGITAL E SUBSTITUIÇÃO DE PEÇAS, ATENDENDO AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. |                                                                                    |           |
| <b>EMPRESA CONTRATADA:</b>                                                                                                                                        |                                                                                    |           |
| 26.369.920 MARCOS ANTONIO BONFIM DE SOUZA<br>CNPJ Sob nº 26.369.920/0001-75<br>Contato: (62) 99160-8528<br>E-mail :elecktroneletronica@gmail.com                  |                                                                                    |           |
| Preenche os requisitos mínimos de qualificação? (x) SIM ( ) NÃO                                                                                                   |                                                                                    |           |
| <b>HABILITAÇÃO FISCAL:</b><br>( ) CND FAZENDA FEDERAL<br>(x) CND FAZENDA ESTADUAL<br>(x) CND FAZENDA MUNICIPAL<br>(x) CRF FGTS<br>(x) CNDT – TRABALHISTA          |                                                                                    |           |
| Preenche os requisitos mínimos de habilitação? (x) SIM ( ) NÃO                                                                                                    |                                                                                    |           |

- Cumpre esclarecer que o referido fornecedor não apresentou certidão federal, mas prometeu entregar como condição para pagamento .

Ouro Verde de Goiás, aos 09 dias do mês de maio de 2025.

  
ANA PAULA GARCIA SOUZA  
GESTORA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE