

VERIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

Nº do Processo/ Protocolo		5437/2025
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 CORTINAS, ATENDENDO AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
EMPRESA CONTRATADA		
 VALDICLEI DA SILVA SERVICOS DE IMPLEMENTACAO CNPJ sob nº 20.621.188/0001-00 CONTATO: (62) 99115-8769 E-mail: estbyservicosimpl@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 08 dias do mês de setembro de 2025.

ANA PAULA
GARCIA
SOUZA:019238
61158

Assinado de forma
digital por ANA PAULA
GARCIA
SOUZA:01923861158
Dados: 2025.09.08
09:10:25 -03'00'

ANA PAULA GARCIA SOUZA

GESTORA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE