



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Rua Barão de Itapary, nº 227 - Bairro Centro, São Luís/MA, CEP 65020-070
(98) 2109-1000 - <http://huufma.ebserh.gov.br>

ANEXO V – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DA LICITANTE

Razão Social: _____

Nº. CNPJ: _____

Inscrição
Estadual: _____

Endereço Completo e Atualizado da _____

Empresa:

CEP: _____ Cidade/UF: _____

Nome Completo do Representante*: _____

Cargo: _____

Telefone
() _____

Comercial: _____

Correio
Eletrônico: _____

Nº. de _____ Órgão Emissor/UF: _____

Identidade: _____

Nº. do CPF: _____

Endereço
Residencial: _____

CEP: _____ Cidade/UF: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

DADOS BANCÁRIOS DA EMPRESA

Nº. do Código do Banco: _____ Nome do Banco: _____

Nº. da Agência: _____ Nº da Conta Corrente: _____

Cidade/UF da Agência Bancária: _____

Local e data: _____

Assinatura devidamente identificada do representante legal
Nº do CPF e Nº da Identidade

OBSERVAÇÃO:

- Preencher com os dados do responsável pela assinatura da Ata de Registro de Preços e/ou Contratos, caso a empresa seja vencedora na licitação e encaminhar juntamente com a Proposta de Preços.