



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANCLERLÂNDIA
Credenciamento do Pregão Nº 004/2015
Processo Número: 004/2015
Data da Sessão: 12/02/2015, AS 08:00h

CNPJ XX.XXX.XXX/XXXX-XX:		Razão Social:	
Endereço - Logradouro:		Nº:	
Complemento Qd.X, Lt.X;, Sl.X		Bairro:	
Município:		CEP XX.XXX-XXX:	
Telefone (XX)XXXX-XXXX:		Fax (XX)XXXX-XXXX:	
Email:			
Nome do Representante:		CPF XXX.XXX.XXX-XX:	
RG:			
Classificação do Representante (0 = sócio ou 1 = procurador):			
Nome do Banco:		Nº Banco:	
Nº e Dígito Agência XXXXX-XX:		Nº e Dígito Conta XXXXX-X:	
Atividade Principal da Empresa:			
Classificação da Empresa (0 = Grande Porte, 1 = Médio Porte, 2 = Pequeno Porte, 3 = Micro Empresa, 4 = Cooperativa e			0
Microempresa ou Emp. de Pequeno Porte c/ direito de preferência que trata a lei 123 (0 = Não ou 1 = Sim):			0

Instruções Para o Preenchimento:

- Informe todos os campos das células em Amarelo.
- Para CNPJ, CPF, CEP, Telefone, Fax, Agência e Conta siga os padrões definidos!