

PREFEITURA DE
**ALTO
HORIZONTE**

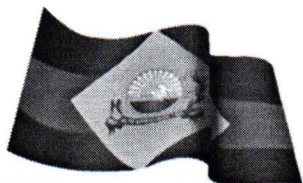
CRENCIAMENTO 001/2024
Secretaria Municipal de Saúde de Alto Horizonte- GO

A Comissão para avaliação de documentação de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde divulga a lista de inscrições que não apresentaram determinadas documentações. Estes terão 48h (quarenta e oito horas) horas a aparti desta publicação para a regularização.

Enfermeiro (a) 40h Semanais	
Karita Bianca Marinho de Amorim	Nº de conta corrente no nome do credenciado. Diploma.
Murilo Rodrigues Coelho	Certidão Negativa Municipal.

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal	
Milleny Crysttian de Godoi Aquino	Carteira do Conselho de Classe do respectivo Conselho Regional. Comprovante de pagamento da anuidade do respectivo conselho de classe. Titulo de eleitor. PIS/PASEP/NIS. Nº de conta corrente no nome do credenciada. Certidão negativa de débitos da receita estadual.

Tecnica de Enfermagem – Plantonista	
Elizangela Frois Severino	Certidão Federal.
Larissa Maria Oliveira Cruz	PIS/PASEP/NIS
Dirlane Pereira dos Santos	Comprovante de pagamento da anuidade do respectivo conselho de classe ou Declaração de Comprovação de regularidade perante o Conselho Regional.



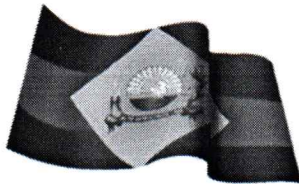
PREFEITURA DE
**ALTO
HORIZONTE**

Darlene Lopes Nunes da Silva	Nº de conta corrente no nome do credenciado. Certidão Federal.
------------------------------	---

Biomedica	
Maria de Fatima Moreira da Silva	Carteira do Conselho de Classe do respectivo Conselho Regional

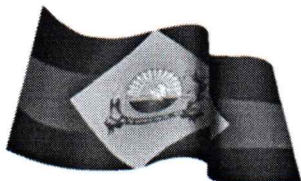
Enfermeiro – RT	
Murilo Rodrigues Coelho	Nº de conta corrente no nome do credenciado. Certidão negativa de débitos municipais. Declaração de inexistência de fato impeditivo da inscrição

Médico Plantonista – 12h	
Helena M M Marques Serviços Medicos LTDA	Certificado de regularidade previdenciária – CRP (Certidão Trabalhista)
Nayhara Rodrigues de Sousa Tarão LTDA	Declaração de Comprovação de regularidade perante o Conselho Regional; Certidão de quitação eleitoral. PIS/PASEP/NIS. Nº de conta corrente no nome do credenciado; Certidão negativa de débitos municipais Pessoa Fisica; (CPF)
Raony Almeida Barroso Eireli	Certidão negativa de débitos da receita federal; (CPF) Certidão negativa de débitos da receita estadual;(CPF) Certidão negativa de débitos municipais; (CPF) Certidão negativa criminal da Justiça Federal e Justiça Estadual; (CPF) Atos constitutivos e alterações



PREFEITURA DE
**ALTO
HORIZONTE**

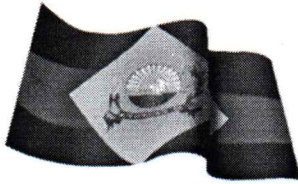
TECNICO DE ENFERMAGEM	
Jhovana Micaelly Santiago	<p>Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais)</p> <p>Comprovante de pagamento da anuidade do respectivo conselho de classe ou Declaração de Comprovação de regularidade perante o Conselho Regional.</p> <p>Comprovante de residência.</p> <p>Nº de conta corrente no nome do credenciada.</p> <p>Certidão negativa de débitos da receita estadual;</p> <p>Declaração de inexistência de fato impeditivo da inscrição.</p>
Jainara Correia dos Santos	<p>Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais)</p>
Karyne Pimenta Alves de Oliveira	<p>Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais)</p> <p>Carteira do Conselho de Classe do respectivo Conselho Regional.</p> <p>Comprovante de pagamento da anuidade do respectivo conselho de classe.</p> <p>Certidão de quitação eleitoral.</p> <p>Comprovante de residência.</p> <p>Certidão negativa de débitos da receita federal;</p> <p>Certidão negativa de débitos da receita estadual;</p> <p>Certidão negativa de débitos municipais;</p> <p>Certidão negativa criminal da Justiça Federal e Justiça Estadual;</p>
Leidiane Alves da Rocha	<p>Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais)</p>



PREFEITURA DE
**ALTO
HORIZONTE**

Rosineide Tristão do Lago	Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais) Comprovante de pagamento da anuidade do respectivo conselho de classe. Nº de conta corrente no nome do credenciada Certidão negativa de débitos da receita federal; Certidão negativa de débitos da receita estadual;
Anne Caroline Rodrigues dos Santos	Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais) Titulo de Eleitor. PIS/PASEP/NIS Nº de conta corrente no nome do credenciada Declaração de inexistência de fato impeditivo da inscrição.
Larissa Gomes Ribeiro da Silva	Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais) Titulo de Eleitor. Comprovante de Residência.

A PROPONENTE terá o prazo de até 48 (quarenta e oito) horas contadas a partir do primeiro dia útil subsequente à sua publicação, com apresentação das documentações não apresentadas no envelope conforme descrito na tabela deste documento, devendo ser protocolados no Protocolo da Prefeitura Municipal de Alto Horizonte Go, localizado a Avenida Maracanã, Centro, Alto Horizonte - GO, de segunda à sexta-feira, das 7h00min às 11h00min e 13h00min às 17h00min.



PREFEITURA DE
**ALTO
HORIZONTE**

Alto Horizonte- GO 11 De Março de 2024

Andréia Aparecida Marques Alves de Souza
ANDREIA APARECIDA MARQUES A. DE SOUZA

Fernanda de Abreu Lima
FERNANDA DE ABREU LIMA

Lhorrane Cristine Carneiro Domingues Maciel
LHORRANE CRISTINE CARNEIRO DOMINGUES MACIEL