



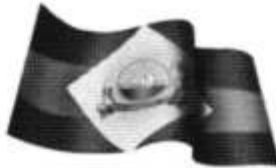
SECRETARIA DE
**ALTO
HORIZONTE**

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.

| Médico Plantonista – 12h | |
|---------------------------------------|---|
| Renovare Empreendimentos Médicos LTDA | PIS/PASEP/NIS Comprovante de Residência N° Conta Bancária Certidão Negativa Municipal (CPF) Certidão Negativa Municipal (CNPJ) Certidão Negativa FGTS (CNPJ) Certidão Negativa Trabalhista (CNPJ) |
| Virginia Soares Alves | Certidão Negativa Trabalhista (CNPJ) |

| ASB – Auxiliar de Saúde Bucal | |
|--------------------------------------|---|
| Carla Nayely Batista Gonçalves | Carteira do Conselho de Classe (Na ausência desta apresentar justificativa) Certidão Negativa Municipal |
| Juliane Da Silva Reis | Carteira do Conselho de Classe (Na ausência desta apresentar justificativa) Comprovante de pagamento da anuidade do respectivo conselho de classe Certidão de quitação eleitoral Comprovante de residência Diploma Certidão negativa de débitos da Receita Federal Certidão negativa de débitos municipais Certidão negativa criminal da Justiça Federal e Justiça Estadual |
| Grasiela Pereira Rosa Pimenta | Carteira do Conselho de Classe (Na ausência desta apresentar justificativa) Certidão de quitação eleitoral PIS/PASEP/NIS |



MUNICÍPIO DE
ALTO
HORIZONTE

| | |
|--|--|
| | N° de conta corrente no nome do credenciada Diploma |
|--|--|

| TECNICO DE ENFERMAGEM | |
|-----------------------------------|---|
| Vanusa Lousa Pereira | Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais) Declaração de inexistência de fato impeditivo da inscrição. |
| Leuzeny Gonçalves Lopes | Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais) |
| Lucelia Geralda de Alves do Couto | Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais) Comprovante de residência |
| Eduardo Henrique Vale Gonçalves | Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais) PIS/PASEP/NIS N° de conta corrente no nome do credenciada Certidão negativa de débitos da Receita Federal Certidão negativa de débitos municipais Certidão negativa criminal da Justiça Federal e Justiça Estadual Declaração de inexistência de fato impeditivo da inscrição. |
| Rosilene Antonia De Oliveira | Especificar na Ficha de Credenciamento a área pretendida. (Técnica de enfermagem Plantonista ou Técnica de enfermagem 40h semanais) PIS/PASEP/NIS Diploma Certidão negativa de débitos Municipal |



MUNICÍPIO DE
**ALTO
HORIZONTE**

| | |
|--|--|
| | Certidão negativa de débitos Estadual Certidão negativa criminal da Justiça Federal e Justiça Estadual |
|--|--|

Técnica de Enfermagem – Plantonista

| | |
|--------------------------|--|
| Joice Kelle Pereira Dias | Carteira do Conselho de Classe (Na ausência desta apresentar justificativa) |
|--------------------------|--|

Enfermeiro (a) 40h Semanais

| | |
|-------------------------------------|--|
| Jhennys Bordes da Conceição Rosa | Definir na ficha de inscrição se pessoa física ou Jurídica Certidão negativa de débitos Estadual Certidão negativa de débitos Municipal |
| | |

Empresa de Fornecimento de Implante Dentário

| | |
|----------------------------|--|
| L.L Odontologia | Alvará sanitário Alvará de funcionamento A empresa deverá estar devidamente credenciada no SCNES – Serviço de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; |
| Willgnner Carvalho Correia | Para a área pretendida apenas credenciamento de Pessoa Jurídica. Caso tenha interesse protocolar a documentação que consta no edital. |

O INTERESSADO (a) 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.



MUNICÍPIO DE
**ALTO
HORIZONTE**

Alto Horizonte- GO 01 De Abril de 2024

Andréia Aparecida M. A. Souza
ANDREIA APARECIDA MARQUES A. DE SOUZA

FERNANDA DE ABREU LIMA
Fernanda de Abreu Lima

LHORRANE CRISTINE CARNEIRO DOMINGUES MACIEL.05664013125 - Assinado de forma digital por LHORRANE CRISTINE CARNEIRO DOMINGUES MACIEL.05664013125

LHORRANE CRISTINE CARNEIRO DOMINGUES MACIEL