



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO**

---

**ANEXO V**

**(FICHA DE INSCRIÇÃO/HABILITAÇÃO)**

**OBJETO DA HABILITAÇÃO:**

( ) LEITOS DE UTI      ( ) LEITOS DE ENFERMARIA      ( ) AMBOS

---

RAZÃO SOCIAL:

---

NOME FANTASIA:

---

CNPJ

Nº INSC. MUNICIPAL:

Nº INSC. ESTADUAL

---

ENDEREÇO COMPLETO DA PESSOA JURÍDICA:

---

CONTATO:

E-MAIL:

FONE: ( )

---

DIRETOR CLÍNICO/RESP. TÉCNICO

CPF:

CRM:

---

DIRETOR ADMINISTRATIVO

CPF

RG

---

**DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:**

---

BANCO:

Nº AGENCIA:

Nº CONTA:

---

Campinas, \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura/carimbo