

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 III – 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



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>

**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.