



ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE TURURU/CE

ASSUNTO: Credenciamento de profissionais, visando sua contratação temporária para preenchimento de vagas nas Unidades Básicas de Saúde, Hospital Municipal Dr. Waldemar de Alcântara, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Básica Municipal, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Secretaria de Saúde do Município de Tururu/CE.

Prezados Senhores,

Pelo presente, atendendo ao Edital de Credenciamento nº. 002/2019, ofereço aos usuários do Município de Tururu/CE, Contratação de Serviços de Profissionais de Saúde de NÍVEL SUPERIOR e MÉDIO, visando sua contratação temporária para preenchimento de vagas nas Unidades Básicas de Saúde, Hospital Municipal Dr. Waldemar de Alcântara, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Básica Municipal, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Secretaria de Saúde do Município de Tururu/CE, conforme abaixo descritos. O proponente deverá colocar o preço apenas nos serviços prestados (ANEXO II) por Pessoa Física, deixando os demais em branco.

Declaro que os serviços serão realizados no estabelecimento indicado pela SECRETARIA DE SAÚDE.

Declaro, ainda, total concordância com as condições estabelecidas no edital de credenciamento nº 002/2019 e seus anexos.

Nome: SUZANA ACÁCIO DA SILVA

Endereço: SÃO JOSÉ Nº SIN

Bairro: ZONA RURAL **Cidade:** TURURU **UF:** CE **CEP:** 62655-000
28/10/17

RG: 2008096961-0 **Órgão Emissor:** SSP/CE **Data de Emissão:** /002/2019

CPF: 042.007.223-30

Banco BANCO DO BRASIL **Agencia:** 3955-1 **Conta:** 11.123-6

Fone: (85) 92796510 **e-mail:** Suzanaacacio5@gmail.com

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que qualquer alteração dos dados serão comunicados à Prefeitura Municipal de Tururu, durante o período de validade do Credenciamento.

Cidade/(UF), 31 de Jan de 2019.

Suzana Acácio da Silva
Identificação e Assinatura

(Handwritten signatures and initials)



ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO

CRENCIAMENTO N° 002/2019

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
11	Técnico de enfermagem Je 2/UBS	1	40 horas	11 meses	900,00	9.900,00

* Preencher conforme tabela do anexo IV com a descrição de acordo com o indicado.

Suzana Araújo da Silva
Identificação e Assinatura

na