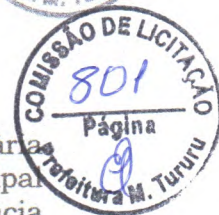




PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**TURURU**

Prefeitura Municipal de Tururu  
Secretaria de Administração e Finanças  
Comissão Permanente de Licitação / Pregão



**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:** ANTONIO CLEYTON PHELIPÍ SOUSA DE OLIVEIRA

**Endereço:** RUA JOÃO MAGALHÃES Nº 140

**Bairro:** ALTOS DOS FEITOSAS **Cidade:** TURURU **UF:** CE **CEP:** 62655000

**RG:** 2006098048236 **Órgão Emissor:** SSP **Data de Emissão:**     / 002 / 2019

**CPF:** 605.829.413-42

**Banco** BRABESCO **Agencia:** 1351 **Conta:** 1001434

**Fone:** (85) 991 014 96 2 **e-mail:** PHELIPIOOLIVEIRA17@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), 30 de JANEIRO de 2019.

Antonio Clayton Felipe Sousa de Oliveira  
**Identificação e Assinatura**

[Assinatura]  
[Assinatura]  
[Assinatura]





**ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO**

**CRENCIAMENTO Nº 002/2019**

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
16	DIGITADOR / SECRETARIA DE SAÚDE	05	40h	12 MESES	954,00	11.448,00 R\$

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

*Antônio Clayton Pereira Siqueira*  
Identificação e Assinatura

*1603*  
*[Handwritten signatures]*