



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 n°. ___/___, 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 n° ___/___ e seus anexos.

Nome: HORTENCIA MONTENEGRO CAMPOS

Endereço: Rua José de Azevedo 635 Nº 635

Bairro: Estação Cidade: Tururu UF: CE CEP: 62500000

RG: 2005010233506 Órgão Emissor: SSPCE Data de Emissão: 21/05/10

CPF: 047 86537357

Banco do Brasil Agência: 36552 Conta: 666 82-3

Fone: (85) 999112500 e-mail: HORTENCIA.MONTENEGRO@HOTMAIL.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), 17 de ABRIL de 2019.


Identificação e Assinatura



ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO

CRENCIAMENTO N° ___/___



| ITEM | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | QTDE. | CARGA HORÁRIA | PERÍODO MESES | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR GLOBAL (R\$) |
|------|------------------------|---------------------|---------------|---------------|--------------------|--------------------|
| 1 | Médica Plantão 12h | Plantão 12 horas | 70 | 900,00 | | 63.000,00 |

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

Dra. Hortência Montenegro
Médica
CREMEC 19320

Identificação e Assinatura

[Handwritten signatures and initials]