



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: LUIZA BRUNA ROSAL FERREIRA

Endereço: ESPERIDIÃO COELHO MOTA N° 380

Bairro: CENTRO Cidade: IRAUCUBA UF: _____ CEP: 62.620.000

RG: 2001028002376 Órgão Emissor: SSPCE Data de Emissão: 11/03/03

CPF: 02516471378

Banco BRASIL Agência: 1020-0 Conta: 14.189-5

Fone: () _____ e-mail: _____

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), 22 de Abril de 2019.

Identificação e Assinatura

Dra. Bruna Rosal
Médica
CRM-CE 1R.159



ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO

CREDCIAMENTO N° ___/___



ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
1	medico Bancarista.	-	-	140 planoes/PH	900,00 por plano	126.000,00

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

[Handwritten Signature]

 Identificação e Assinatura

[Handwritten Signatures]



ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO

CREENCIAMENTO N° 002/2019



ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
2	Médico Pediatra		-	8 plantões 12h	12250,00	10.000,00

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

[Handwritten Signature]
Identificação e Assinatura

[Handwritten initials and signatures]