



ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE TURURU/CE

ASSUNTO: CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (MÉDICO) PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS NO HOSPITAL MUNICIPAL E UBS DO MUNICÍPIO DE TURURU - CE.

Prezados Senhores,

Pelo presente, atendendo ao Edital de Credenciamento nº 007/2019, ofereço aos usuários do Município de Tururu/CE, Contratação de Serviços de Profissional de nível médio e superior visando sua contratação temporária para preenchimento de vagas no Hospital Municipal e UBS 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 007/2019 e seus anexos.

Nome: Edvaldo Alves Vieira
Endereço: Rua do Grupo Flexeiras Nº 00
Bairro: Flecheira Cidade: Trairi UF: CE CEP: _____
RG: 421.778 Órgão Emissor: SSPTO Data de Emissão: ___/___/___
CPF: 722.382.321-68
Banco Brasil Agência: 3989-6 Conta: 45998-4
Fone: (85) 981720717 e-mail: EDVALDO@MEDICOS.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.

Obs.: Todas as informações constante nesse formulário devem ser OBRIGATORIAMENTE preenchidas, com letras legíveis.

Cidade - (UF), 02 de ABRIL de 2020.

Identificação e Assinatura

Dr. Edvaldo Alves Vieira
Médico Clínico
9221 - CRM/MT
5100232 - RMS/MT



ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO



CRENCIAMENTO Nº 007/2019

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
1	MÉDICOS PEDIATRISTAS	82	12/4	12	1.000,00	82.000,00

* Preencher conforme tabela mencionada no item 16 do termo de referência (anexo IV) com a descrição de acordo com o indicado.

Identificação e Assinatura

Dr. Edvaldo Alves Vieira
Médico Clínico
9221 - CRM/MT
5100232 - RMS/MT



Comissão Permanente de Licitação / Pregão

ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO

CREENCIAMENTO Nº 007/2019



ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
2	MÉDICO PRONTO-SO E+T+O	04	12H	12	1.400,00	5.600,00

* Preencher conforme tabela mencionada no item 16 do termo de referência (anexo IV) com a descrição de acordo com o indicado.

Identificação e Assinatura

Dr. Edvaldo Alves Vieira
Médico Clínico
9221 - CRM/MT
5100232 - RMS/MT