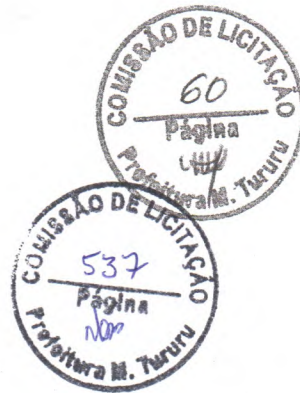




PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**TURURU**

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:** 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:** Samuel Pinheiro Sales  
**Endereço:** Av. Sargento Hieronímio Vasconcelos Nº 1425  
**Bairro:** Monte Castelo **Cidade:** Fortaleza **UF:** CE **CEP:** 60326-500  
**RG:** 2002010258083 **Órgão Emissor:** SSP-CE **Data de Emissão:** 28/07/2005  
**CPF:** 600.027.563-31  
**Banco:** BRASIL **Agencia:** 4439-3 **Conta:** 25524-6  
**Fone:** (85) 996111223 **e-mail:** abs-samuel@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.

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

Cidade - (UF), 19 de JUNHO de 2020.

Samuel Pinheiro Sales  
Identificação e Assinatura

*[Handwritten signatures and initials]*



**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	MÉDICO PLANTONISTA	70	PLANTAS 12 Hs	12	1.250,00 por plantão	27.500,00

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

  
Identificação e Assinatura





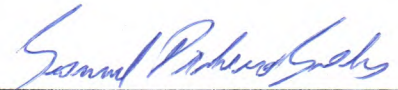


**ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO**

**CRENCIAMENTO Nº 007/2019**

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
2	MÉDICO PLANTONISTA EXTM	3	PLANTÃO 12h	12	1.400,00	4.200,00

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

  
Identificação e Assinatura

