



**ANEXO I**  
**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TURURU/CE**

**ASSUNTO:** CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS NAS UBS, HOSPITAL MUNICIPAL, CAF, FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL E SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TURURU - CE.

Prezados Senhores,

Pelo presente, atendendo ao Edital de Credenciamento n° 006/2019, 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, nas UBS, na CAF, na Farmácia Básica 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° 006/2019 e seus anexos.

**Nome:** Kevelene de Freitas Almeida Torres  
**Endereço:** Rua: Armila Pires Chaves N° 255  
**Bairro:** Estação **Cidade:** Tururu **UF:** CE **CEP:** 62655-000  
**RG:** 2007850374-9 **Órgão Emissor:** SSP **Data de Emissão:** 14/04/2011  
**CPF:** 666-826.903-63  
**Banco:** Nordeste **Agencia:** 00119 **Conta:** 000192349-0  
**Fone:** (85) 993321489 **e-mail:** Keve Torres@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.

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

Cidade - (UF), 23 de Dezembro de 2019

Kevelene de Freitas Almeida Torres  
**Identificação e Assinatura**



TURURU

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



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

CREENCIAMENTO N° 006/2019



ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
07	Auxílio em Saúde Bucal	01	40	12	1.087,68	13.052,16

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

*Kevelene de Freitas Almeida Torres*  
Identificação e Assinatura

*[Handwritten signatures and initials]*