



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 nº 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 nº 006/2019 e seus anexos.

Nome: Tamires Suzane Feitosa Dias
Endereço: Rua Antonio Barroso Neto Nº 2308
Bairro: Viadote Cidade: Itaiporém UF: CE CEP: 62500-000
RG: 2007233714-6 Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 27/11/2009
CPF: 06284451300
Banco Caixa Agência: 0748 Conta: 00039554-0 OP.023
Fone: (85) 986983128 e-mail: tamires_suzane@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), 26 de dezembro de 2019

Tamires Suzane Feitosa Dias
Identificação e Assinatura

(Handwritten signatures and initials)



MUNICÍPIO DE
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

CRENCIAMENTO Nº 006/2019



ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
5	Enfermeiro	144		12	200	28800

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

Tamires Siqueira Feitosa Dias
Identificação e Assinatura

26
CP