

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: Camila Matias Soares

Endereço: Rua Morechal Hermes da Fonseca N° 384

Bairro: Senharão **Cidade:** Itapipocá **UF:** CE **CEP:** 62.508-510

RG: 2002014061802 **Órgão Emissor:** SSP **Data de Emissão:** 03/07/2015

CPF: 054.022.833-89

Banco do Brasil **Agencia:** 374-3 **Conta:** 59.704-4

Fone: (88) 99796 3326 **e-mail:** camila-soares@hotmeil.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), 08 de Janaro de 2020

Camila Soares
Identificação e Assinatura





PREFEITURA MUNICIPAL 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\$)
05	Enfermeiro Hospital	01	144	12		28.800

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

Elomila Martins Soares
Identificação e Assinatura

[Handwritten signatures]