



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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TURURU/CE**

**ASSUNTO:** Credenciamento de profissionais, visando sua contratação temporária para preenchimento de vagas nas Unidades Básicas de Saúde, Hospital Municipal Dr. Waldemar de Alcântara, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Básica Municipal, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Secretaria de Saúde do Município de Tururu/CE.

Prezados Senhores,

Pelo presente, atendendo ao Edital de Credenciamento nº. 002/2019, ofereço aos usuários do Município de Tururu/CE, Contratação de Serviços de Profissionais de Saúde de NÍVEL SUPERIOR e MÉDIO, visando sua contratação temporária para preenchimento de vagas nas Unidades Básicas de Saúde, Hospital Municipal Dr. Waldemar de Alcântara, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Básica Municipal, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família 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 002/2019 e seus anexos.

**Nome:** Thatiane Rodrigues Barreto

**Endereço:** Jonas Barroso Braga Nº 226

**Bairro:** Centro **Cidade:** Tururu **UF:** Ce **CEP:** 62.655-000

**RG:** 2001099043660 **Órgão Emissor:** SSP **Data de Emissão:** 04/03/2016 04/03/2016 **Data de Emissão:** \_\_\_/002/2019

**CPF:** 024 791 453 - 36

**Banco** \_\_\_\_\_ **Agencia:** \_\_\_\_\_ **Conta:** \_\_\_\_\_

**Fone:** (85) 992772488 **e-mail:** thaty14rodrigues@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.

**Cidade/(UF),** 24 de Julho de 2019.

Thatiane Rodrigues Barreto  
**Identificação e Assinatura**



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

**CREDCIAMENTO Nº 002/2019**

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
22	Técnico em farmácia 2 Hospital Municipal	02	40h	05	954,00	4.770,00

\* Preencher conforme tabela do anexo IV com a descrição de acordo com o indicado.

*Jatianne Rodrigues Barreto*  
Identificação e Assinatura