



**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: Paulo Roberto Fernandes Almeida  
Endereço: Rua São Pedro Nº 722  
Bairro: Flórida Cidade: Traviú UF: CE CEP: 6268000  
RG: 7765420 Órgão Emissor: SSP/119 Data de Emissão: 24/08/2009  
CPF: 951400502-34  
Banco: da Brasil Agência: 2732-4 Conta: 30184-2  
Fone: (69) 999 594599 e-mail: paulo.almeida@netnet.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), 30 de dezembro de 2019.

Paulo Almeida  
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 007/2019**



ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
↓	<i>Atendimento Plenário</i>	<i>96</i>		<i>12</i>		<i>96.000</i>

\* 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	Medico Plantante Emergo	6		12		8400

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

Identificação e Assinatura