



**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°. \_\_\_/\_\_\_, 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° \_\_\_/\_\_\_ e seus anexos.

Nome: José Melisier do Nascimento Barrosos

Endereço: Françisco Domingos Braga Filho N° 2931

Bairro: Guirano Cidade: Itapipoeira UF: CE CEP: 62503222

RG: 2007019063944 Órgão Emissor: SSP Data de Emissão: 17/02/2017

CPF: 09310275309

Banco Caixa Agência: 0740 Conta: 83715-5

Fone: (88) 99630-6993 e-mail: hamisierbarrosos@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.

José Melisier do N. Barrosos  
Identificação e Assinatura

*(Handwritten signatures and initials)*



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

**CREENCIAMENTO Nº 006/2019**



ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
5	Enfermeiro hospital	200		12	200,00	40.000

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

*Rosé Melissa do M. Bezerra*  
Identificação e Assinatura

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

*[Handwritten signature]*