



PREFEITURA MUNICIPAL

**Jaguaribe**  
cidade futuro

Comissão Permanente de Licitação  
34  
Fls

Comissão Permanente de Licitação  
14  
Fls  
C.P.L.

ANEXO II  
MODELO DE CARTA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO

Local e data

SECRETARIA DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

REF.: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08.03.01/2016.

Prezados Senhores,

Apresentamos a Vossas Senhorias nossa documentação exigida para credenciamento para a execução dos serviços constantes do Edital de Chamamento Público Nº 08.03.01/2016, especificamente com relação aos serviços abaixo assinalados:

PROFISSIONAIS	QUANT	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO
MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA		40 Horas Semanais	R\$ 13.700,00

CANDIDATO:

CPF Nº:

E-MAIL:

TELEFONE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

*Felipe Nunes de Miranda*

*034267023-02*

*felipe.nunes.miranda@hotmail.com*

*(88) 3522-1331*

*Av. Nairundo Albani 193*

*Alcides Progenes*

*Jaguaribe*

*Ceará*

Manifestamos, neste ato, nossa concordância com os preços fixados pela Secretaria de Saúde, constantes do anexo I do processo em referência.

Informamos que o prazo de validade da nossa proposta é de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data da apresentação da nossa documentação junto à Comissão de Licitação.

Segue, em anexo, toda documentação requerida para habilitação, tudo, de acordo com o citado edital.

Finalizando, declaramos, sob as penas da Lei, que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no edital e seus anexos e que não existe nenhum fato impeditivo que possa obstar a nossa participação no referido processo.

Anexos: Documentos de habilitação

Atenciosamente,

*Felipe Nunes de Miranda*

Nome do Proponente

CPF Nº 034267023-02

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE - CEARÁ

Pc. Senador Fernandes Távora, s/n - Centro - Jaguaribe - Ceará - CNPJ: 07.443.708/0001-66 - CEP: 63.475-000  
Fone: (88) 3522-1092

## CARTA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO

Jaguaribe/CE, 18 de Março de 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

REF.: CHAMAMENTO PÚBLICO N° 08.03.01/2016.

Prezados Senhores,

Apresentamos a Vossas Senhorias nossa documentação exigida para credenciamento para a execução dos serviços constantes do Edital de **Chamamento Público N° 08.03.01/2016**, especificamente com relação aos serviços abaixo assinalados:

PROFISSIONAIS	QUANT	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO
MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA		40 Horas Semanais	R\$ 13.700,00

**CANDIDATO:** RAIANI OLIVEIRA MACIEL  
**CPF N°:** 045.845.583-48  
**E-MAIL:** rayani.maciell@hotmail.com  
**TELEFONE:** (85) 997162875  
**ENDEREÇO:** Rua Professor Jacinto Botelho, 700, Apt. 701  
**BAIRRO:** Guararapes  
**CIDADE:** Fortaleza  
**ESTADO:** Ceará

Manifestamos, neste ato, nossa concordância com os preços fixados pela Secretaria de Saúde, constantes do anexo I do processo em referência.

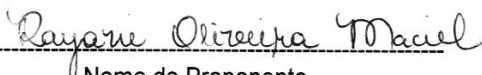
Informamos que o prazo de validade da nossa proposta é de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data da apresentação da nossa documentação junto à Comissão de Licitação.

Segue, em anexo, toda documentação requerida para habilitação, tudo, de acordo com o citado edital.

Finalizando, declaramos, sob as penas da Lei, que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no edital e seus anexos e que não existe nenhum fato impeditivo que possa obstar a nossa participação no referido processo.

**Anexos:** Documentos de habilitação

Atenciosamente,



Nome do Proponente  
CPF N° 045.845.583-48

9



## CARTA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO



Jaguaribe-CE, 21 de Março de 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

REF.: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08.03.01/2016.

Prezados Senhores,

Apresentamos a Vossas Senhorias nossa documentação exigida para credenciamento para a execução dos serviços constantes do Edital de **Chamamento Público Nº 08.03.01/2016**, especificamente com relação aos serviços abaixo assinalados:

PROFISSIONAIS	QUANT	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO
MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA		40 Horas Semanais	R\$ 13.700,00

**CANDIDATO:** JOELMA AURÉLIO DE SOUSA  
**CPF Nº:** 028.548.833-30  
**E-MAIL:** joelmaaurelio@hotmail.com  
**TELEFONE:** (85) 997314538  
**ENDEREÇO:** Rua Henriqueta Galeno, 1040, Apt. 303 Bloco 3.  
**BAIRRO:** Dionísio Torres  
**CIDADE:** Fortaleza  
**ESTADO:** Ceará

Manifestamos, neste ato, nossa concordância com os preços fixados pela Secretaria de Saúde, constantes do anexo I do processo em referência.

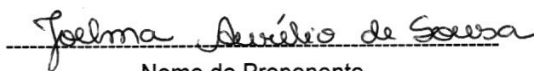
Informamos que o prazo de validade da nossa proposta é de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data da apresentação da nossa documentação junto à Comissão de Licitação.

Segue, em anexo, toda documentação requerida para habilitação, tudo, de acordo com o citado edital.

Finalizando, declaramos, sob as penas da Lei, que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no edital e seus anexos e que não existe nenhum fato impeditivo que possa obstar a nossa participação no referido processo.

**Anexos:** Documentos de habilitação

Atenciosamente,



Nome do Proponente  
CPF Nº 028.548.833-30