

Prefeitura Municipal de Cordeiros

Credenciamento



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORDEIROS
Praça Cel. José Moreira Cordeiro, 104 – Centro.
CNPJ: 13.694.468/0001-75 Fone/Fax: (77) 3447-2114
E-mail: prefeitura_cordeiros@yahoo.com.br
CEP: 46.280-000 – Cordeiros – Bahia



EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2023

O **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CORDEIROS**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Praça Manoel Alves Cordeiro, nº 188, Bairro Centro, na cidade de Cordeiros, Estado da Bahia, inscrito no CNPJ sob o nº 11.342.536/0001-01, neste ato representada pela Secretária a **SRA. CÁSSIA ANA DOS SANTOS SILVA**, CPF nº 007.004.905-07, RG nº 07.594.881-85 SSP-BA, encontrada a Praça Manoel Alves Cordeiro, nº 188, Bairro Centro, na cidade de Cordeiros, Estado da Bahia, **CONVOCA TODOS OS CREDENCIADOS NAS ESPECIALIDADES: ENFERMEIRO 40H SEMANAIS e TÉCNICO DE ENFERMAGEM 40H SEMANAIS**, conforme Chamada Pública nº 002/2023, Edital de Credenciamento nº 002/2023 referente ao Processo Administrativo nº 047/2023, para realizar a opção pelas novas definições das especialidades, conforme 1º Termo Aditivo ao Edital de Credenciamento nº 002/2023, publicado em 09/10/2023, Ed. 1734 do Diário Oficial do Município de Cordeiros, conforme modelo em anexo.

Para que ninguém possa alegar desconhecimento, mandou expedir o presente Edital, nesta data, para dar ciência a todos os CREDENCIADOS.

Cordeiros – BA, 10 de outubro de 2023.

Cássia Ana dos Santos Silva
Secretária Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Cordeiros



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORDEIROS
 Praça Cel. José Moreira Cordeiro, 104 – Centro.
 CNPJ: 13.694.468/0001-75 Fone/Fax: (77) 3447-2114
 E-mail: prefeitura_cordeiros@yahoo.com.br
 CEP: 46.280-000 – Cordeiros – Bahia



ANEXO I

Através do presente, a empresa/profissional _____, CNPJ/CPF sob o nº _____, com endereço _____, da cidade de _____ Estado _____, por intermédio do seu representante legal o(a) Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, Órgão Emissor/ Estado _____ e do CPF nº _____, credenciada para a especialidade _____ conforme _____ª Ata de Resultado de Credenciamento, OPTA pela transferência para a seguinte vaga:

PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE	UND.	Valor Mensal Vigente + 20% de Insalubridade + Adicional noturno*	Carga Horária	Assinalar Opção
Enfermeiro PSF	Mensal	R\$ 2.160,00	40 Horas Semanais	
Enfermeiro Hospital	Mensal	R\$ 2.385,00	40 Horas Semanais	
Técnico de Enfermagem PSF	Mensal	R\$ 1.584,00	40 Horas Semanais	
Técnico de Enfermagem Hospital	Mensal	R\$ 1.749,00	40 Horas Semanais	

Atenciosamente,

_____, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do Representante Legal
 CNPJ nº ...