



SMS

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



ANEXO II - MODELO E

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE DOS DIRIGENTES

Eu, (NOME DO DECLARANTE), abaixo assinado, brasileiro/a, portador/a do RG n.º (NÚMERO DO RG) e do CPF n.º (NÚMERO DO CPF), na qualidade de dirigente do/a (NOME DA OSC), inscrita no CNPJ n.º (NÚMERO DO CNPJ DA OSC), DECLARO sob as penas da lei e para os devidos fins de formalização de Termo de Colaboração, para o gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde no Hospital Santa Casa Anna Cintra, que a Organização da Sociedade Civil não tem entre seus dirigentes pessoas:

- a) cujas contas relativas a parcerias tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos;
- b) julgadas responsáveis por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo em comissão ou função de confiança, enquanto durar a inabilitação;
- c) consideradas responsáveis por ato de improbidade, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III, do artigo 12, da Lei Federal nº 8.429/1992.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO