



ANEXO II - MODELO I

DECLARAÇÃO DE GRATUIDADE

Eu, (NOME DO DECLARANTE), inscrito no C.P.F sob o nº (NÚMERO DO CPF), e RG nº (NÚMERO DO RG), residente e domiciliado ao Endereço (ENDEREÇO DO DECLARANTE), representante legal da Organização da Sociedade Civil, denominada (NOME DA INSTITUIÇÃO), com Sede à (ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO), inscrita no CNPJ nº (NÚMERO DO CNPJ DA INSTITUIÇÃO), DECLARO que a(s) Oferta(s) prestada(s) pela Organização é(são) gratuita(s) para a assistência em saúde, perante regulamentação do SUS, não sendo cobrado quaisquer pagamentos pelas atividades prestadas.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO