

ANEXO II - MODELO A

RELAÇÃO NOMINAL ATUALIZADA DOS DIRIGENTES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

Nome: (NOME DO DIRIGENTE)

Título: PRESIDENTE

Endereço: (RUA), (NÚMERO DA RESIDÊNCIA E COMPLEMENTO), (BAIRRO) –

CEP: (NÚMERO DO CEP) – (CIDADE)/(ESTADO)

RG: (NÚMERO DO RG) – (ÓRGÃO EXPEDIDOR)

CPF: (NÚMERO DO CPF)

DATA DE NASCIMENTO: (DIA, MÊS E ANO)

Telefone(s): (NÚMERO DO TELEFONE FIXO COM DDD) – (NÚMERO DO
TELEFONE CELULAR COM DDD)

E-mail: (ENDEREÇO DE E-MAIL)

Nome: (NOME DO DIRIGENTE)

Título: VICE-PRESIDENTE

Endereço: (RUA), (NÚMERO DA RESIDÊNCIA E COMPLEMENTO), (BAIRRO) –

CEP: (NÚMERO DO CEP) – (CIDADE)/(ESTADO)

RG: (NÚMERO DO RG) – (ÓRGÃO EXPEDIDOR)

CPF: (NÚMERO DO CPF)

DATA DE NASCIMENTO: (DIA, MÊS E ANO)

Telefone(s): (NÚMERO DO TELEFONE FIXO COM DDD) – (NÚMERO DO
TELEFONE CELULAR COM DDD)

E-mail: (ENDEREÇO DE E-MAIL)

Nome: (NOME DO DIRIGENTE)

Título: TESOUREIRO

Endereço: (RUA), (NÚMERO DA RESIDÊNCIA E COMPLEMENTO), (BAIRRO) –

CEP: (NÚMERO DO CEP) – (CIDADE)/(ESTADO)

RG: (NÚMERO DO RG) – (ÓRGÃO EXPEDIDOR)

CPF: (NÚMERO DO CPF)

DATA DE NASCIMENTO: (DIA, MÊS E ANO)

Telefone(s): (NÚMERO DO TELEFONE FIXO COM DDD) – (NÚMERO DO
TELEFONE CELULAR COM DDD)

E-mail: (ENDEREÇO DE E-MAIL)

Nome: (NOME DO DIRIGENTE)

Título: DIRETOR

Endereço: (RUA), (NÚMERO DA RESIDÊNCIA E COMPLEMENTO), (BAIRRO) –

CEP: (NÚMERO DO CEP) – (CIDADE)/(ESTADO)

RG: (NÚMERO DO RG) – (ÓRGÃO EXPEDIDOR)

CPF: (NÚMERO DO CPF)

DATA DE NASCIMENTO: (DIA, MÊS E ANO)

Telefone(s): (NÚMERO DO TELEFONE FIXO COM DDD) – (NÚMERO DO TELEFONE CELULAR COM DDD)

E-mail: (ENDEREÇO DE E-MAIL)

Atenciosamente,

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

NOME, CARGO E ASSINATURA DO DECLARANTE

ANEXO II - MODELO B

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO ÀS NORMATIVAS DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Declaro para os devidos fins de formalização de Termo de Colaboração, para gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde no Hospital Santa Casa Anna Cintra, sob as penas da lei, que a (NOME DA OSC), de CNPJ n.º (NÚMERO DO CNPJ DA OSC), sob as penas da lei, que a (NOME DA OSC), de CNPJ n.º (NÚMERO DO CNPJ DA OSC):

- a) que não haverá remuneração a qualquer título, pela organização da sociedade civil, com os recursos repassados, de servidor ou empregado público, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;
- b) que a Organização da Sociedade Civil cumprirá os dispositivos da Lei Federal n° 12.527, de 18 de novembro de 2011, relativos ao direito de acesso à informação, em atenção ao disposto no artigo 201 da Instrução n° 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.”

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO

ANEXO II- MODELO C

DECLARAÇÃO SOBRE OS CARGOS DE DIREÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Declaro para os devidos fins e sob as penas da Lei, visando a formalização de Termo de Colaboração, para o gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde no Hospital Santa Casa Anna Cintra, que a (NOME DA OSC), inscrita no CNPJ n.º (NÚMERO DO CNPJ DA OSC), não possui em seus cargos de direção, membro do Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta do município de Amparo.

Declaro ainda, que referida vedação se estende aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, nos termos do art. 39, III da Lei Federal n.º 13.019/2014.

Para Tanto, eu (NOME DO DECLARANTE), portador (a) do R.G. de n.º (NÚMERO DO RG) – (ÓRGÃO EXPEDIDOR), CPF n.º (NÚMERO DO CPF), presidente da (NOME DA OSC), de CNPJ n.º (NÚMERO DO CNPJ DA OSC), firmo a presente declaração.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO

ANEXO II - MODELO D

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

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:

- a) não teve as contas rejeitadas pela administração pública nos últimos cinco anos, que não tenham sido sanadas e/ou quitados os débitos, reconsiderada ou revista a decisão de rejeição, ou ainda a referida decisão esteja pendente de recurso com efeito suspensivo;
- b) não foi punida com nenhuma das sanções estabelecidas nas alíneas de "a" a "d" do inciso V, do artigo 39, da Lei Federal nº 13.019/2014, nem está em cumprimento de penalidade passível de impedimento de celebração de parcerias;
- c) não teve contas de parcerias julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)

CARGO

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 n.º 8.429/1992.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO

ANEXO II - MODELO F

DECLARAÇÃO DE CONTA BANCÁRIA EXCLUSIVA

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 (NOME DA OSC), CNPJ N.º (NÚMERO NO CNPJ), não está impedida, pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de receber recursos públicos e, portanto, os valores vinculados ao presente ajuste, deverão ser depositados na Conta Bancária abaixo:

BANCO: DO BRASIL ou CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Agência: (NÚMERO DA AGÊNCIA)

Conta N.º: (NÚMERO DA CONTA CORRENTE)

Endereço: (ENDEREÇO DA AGÊNCIA)

Telefone: (TELEFONE DA AGÊNCIA)

Declaro ainda ter ciência que toda e qualquer movimentação bancária deve ocorrer única e exclusivamente na conta bancária acima mencionada, sob pena de devolução dos recursos financeiros.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO

ANEXO II - MODELO G

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DE SENHA DO
SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

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 do Termo de Colaboração para o gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde no Hospital Santa Casa Anna Cintra, que me responsabilizo civil e criminalmente pelo conteúdo e registro das informações prestadas no Sistema Informatizado de Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde, através do usuário, login e senha a mim concedidos, bem como pela veracidade dos documentos apresentados nas despesas realizadas com recursos públicos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO

ANEXO II - MODELO H

DECLARAÇÃO DOS PREPOSTOS RESPONSÁVEIS PELA PARCERIA

Declaramos sob as penas da Lei e para os devidos fins de formalização do Termo de Colaboração com o Município de Amparo, para o gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde no Hospital Santa Casa Anna Cintra, que os prepostos responsáveis pela atividade técnico-assistencial administrativo-financeiro da Organização da Sociedade Civil (NOME DA OSC) são:

(NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO), (CARGO QUE OCUPA),
(NÚMERO DO RG) - (ÓRGÃO EXPEDIDOR), é o responsável técnico-
Institucional da Organização da Sociedade Civil.

(NOME DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO), (CARGO QUE OCUPA),
(NÚMERO DO RG) - (ÓRGÃO EXPEDIDOR), é o responsável administrativo-
financeiro da Organização da Sociedade Civil.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO

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

ANEXO II - MODELO J

DECLARAÇÃO DE COFINANCIAMENTO DE CUSTEIOS

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 DA INSTITUIÇÃO), representante legal da Organização da Sociedade Civil, denominada de (NOME DA INSTITUIÇÃO) com Sede à (ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO), inscrita no CNPJ nº (NÚMERO DO CNPJ), DECLARO estar ciente que a parceria ora firmada com a municipalidade de Amparo/S.P, é de custeio, não admitindo, portanto ,aquisição de equipamentos permanentes com recursos provenientes da parceria.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO

ANEXO II - MODELO K
DECLARAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA

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 de (NOME DA INSTITUIÇÃO), com Sede à (ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO), inscrita no CNPJ nº (CNPJ DA INSTITUIÇÃO), DECLARO, para os devidos fins e sob penas da lei que a Organização da Sociedade Civil se compromete em garantir a Transparência da parceria celebrada, em conformidade com o exposto no artigo 11 da Lei Federal nº 13.019/2014, alterada pela Lei nº 13.204/2015.

Amparo, XX de XXXXX de XXXX.

(NOME DO DECLARANTE)
CARGO

ANEXO II - MODELO L

OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DA PROPOSTA

_____ (SP), ____ de _____ de 2025.

OFÍCIO Nº ____/2025

À COMISSÃO DE SELEÇÃO

Assunto: Encaminhamento de proposta referente ao Edital de Contratação Emergencial nº 001/20265(S.M.S) abaixo relacionada:

OBJETO: A presente parceria tem por objeto o gerenciamento, execução de ações e serviços de saúde no Hospital Santa Casa Anna Cintra, no Município de Amparo, com descrição dos serviços assistenciais, quadros de metas de produção e dimensionamento das equipes por linhas de serviços, e informações administrativas. Além do conteúdo deste Termo de Referência, os interessados poderão consultar informações de recursos físicos e credenciamentos existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como a produção assistencial apontada nos Sistemas de Informações do SUS, conforme Plano de Trabalho, edital e respectivos anexos.

Apresentamos o interesse e compromisso para celebrar parceria através de Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de executar o objeto, conforme Plano de Trabalho, nos termos da Lei Federal nº. 13.019/201, alterada pela Lei n. 13.204/2015.

Respeitosamente,

Assinatura do Representante Legal da O.S.C + CPF

ANEXO II - MODELO M

**PAGO COM RECURSOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP.**

TERMO DE COLABORAÇÃO Nº _____

NOME DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: _____

VALOR: _____

FONTE DO RECURSO: **MUNICIPAL**

Nos casos de contratação de serviço ou aquisição de material:

DECLARO TER RECEBIDO : o/os produto (s) OU o/os serviço prestado (s)

EM CONFORMIDADE.

Nome e C.P.F do Responsável

____/____/____
Data