



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO II OFÍCIO

OF Nº ____/2025

Botucatu, de _____ de 2.025.

Ao Prefeito Municipal de Botucatu
Sr. Fábio Vieira de Souza Leite

A entidade _____ associação civil de direito privado, sem fins econômicos, e de duração por tempo indeterminado (obs: de acordo com o estatuto) de caráter _____, estabelecida nesta cidade a Rua _____, ____ – _____, inscrita no CNPJ sob nº. _____, representada por seu Presidente _____, brasileiro(a), residente e domiciliado(a) nesta cidade, portador(a) do RG nº. _____ e inscrito(a) no CPF sob nº. _____, solicita assinatura de termo de colaboração para 2.025, de acordo com a Lei 13.019 de 31 de Julho de 2014, alterada pela lei Federal nº 13.204/2015, regulamentada pelo Decreto nº 61.981/2016.

Para desenvolvimento do Projeto (nome do projeto) em 2.025/2026, solicita aprovação do Plano de Trabalho, objetivando o atendimento de _____, no valor de R\$ _____

A entidade tem o objetivo de colaborar com a execução de políticas públicas, respeitando os princípios e diretrizes estabelecidos na Lei Orgânica Saúde, cujas ações são de relevância pública e social.

Atenciosamente,

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO III

Declaração de Capacidade Técnica

(Nome do presidente da entidade), portador da cédula de identidade nº -----, CPF nº -----, na qualidade de representante legal da Entidade -----, inscrita no CNPJ sob nº -----, declaro que a entidade acima qualificada dispõe de capacidade técnica, gerencial e que possui profissionais qualificados para a implantação e funcionamento do projeto e cumpre as exigências previstas na alínea “a”, inciso V do artigo 33 da Lei Federal nº13.019/2014. De 31 de julho de 2014 e suas alterações.

Possuir: (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

a) no mínimo, um, dois ou três anos de existência, com cadastro ativo, comprovados por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, com base no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ, conforme, respectivamente, a parceria seja celebrada no âmbito dos Municípios, do Distrito Federal ou dos Estados e da União, admitida a redução desses prazos por ato específico de cada ente na hipótese de nenhuma organização atingi-los; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

b) experiência prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

c) instalações, condições materiais e capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades ou projetos previstos na parceria e o cumprimento das metas estabelecidas. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

Por ser verdade, firmo o presente.

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura).



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA NA REALIZAÇÃO, COM EFETIVIDADE, DO OBJETO DA PARCERIA OU DE NATUREZA SEMELHANTE

DECLARAMOS, em conformidade com o art. 33, inciso V, alínea “b” da Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações, para os devidos fins de direito, que a (NOME DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL), com sede na, Nº., bairro, CEP, Cidade de, Estado de, inscrita no CNPJ/MF sob o Nº., celebrou parcerias PREFEITURA MUNICIPAL DE, sito à, No, bairro, CEP, Cidade, Estado, inscrita no CNPJ/MF sob Nº, para a execução do objeto, pelo período de (meses/anos), possui experiência prévia na realização, com efetividade, de tendo em vista que executa serviços à comunidade por ... anos, devidamente comprovadas através do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), conforme portfólio.

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura).

Portfólio:

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura).



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO V PLANO DE TRABALHO

PLANO DE TRABALHO

CHAMAMENTO PÚBLICO 04/2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE COLABORAÇÃO

Nome e Logo da Instituição

BOTUCATU – SP
2025



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

DADOS CADASTRAIS		
Nome:		Fundação:
Endereço		Bairro:
CEP:	Telefone: (14)	Regional: Botucatu
CNPJ:	Inscr. Estadual:	Fones:
E-mail:		

REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE		
Nome:		
R.G.:	Órgão expedidor:	CPF:
Formação/Cargo:		
Endereço:		Bairro:
CEP:	Telefone: (14)	Email:

Inscrições/ Registros/ Títulos

Inscrição	Número	Validade

Coordenação Técnica da Entidade responsável pelo Projeto

Nome:

RG:

CPF:

Formação:

Endereço:

CEP:

Município:

Telefones:

E-mail:

I. APRESENTAÇÃO E HISTÓRICO DA OSC

[Descrever o histórico da OS, bem como apresentar um breve resumo da sua área de atuação.]



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

II. DETALHAMENTO DO PLANO

[ITEM 4.1.1, 4.1.2 e 4.1.3 do termo de referencia]

- A - Objeto:
- B - Metodologia:
- C - Forma de acesso ao serviço:
- D - Público alvo:
- E - Horário de atendimento:
- F - Descrição detalhada para atender as Condições Gerais:
- G - Descrição detalhada para atender as Condições Complementares:

III. ESTRUTURA DO PLANO DE TRABALHO

[Descrever de acordo com o item 4 E 5 do termo de referencia]

IV. FORMA DE EXECUÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO INTERNA DOS SERVIÇOS OFERECIDOS

[Descrever de forma clara a metodologia, Descrição da atividade e dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas (incluir todo o fluxo de atendimento à população, para todas as atividades)]

VII – DEMAIS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS A EXECUÇÃO DO PROJETO APRESENTADO

[Demais informações relevantes para execução do objeto, bem como justificativas referente aos gastos apresentados]

VIII – ESTRUTURA FÍSICA:

ÁREA EXTERNA:

Considerações:

Especificação:			
	Descrição de cada item/serviço	Unidade de Medida	Quantidade
MOBILIÁRIO			
EQUIPAMENTOS			



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

PROFISSIONAL			

RECEPÇÃO:

Considerações:

Especificação:			
	Descrição de cada item/serviço	Unidade de Medida	Quantidade
MOBILIÁRIO			
EQUIPAMENTOS			
PROFISSIONAL			

SALA DE TRIAGEM:

Considerações:

Especificação:			
	Descrição de cada item/serviço	Unidade de Medida	Quantidade
MOBILIÁRIO			
EQUIPAMENTOS			
PROFISSIONAL			

SETOR DE ATENDIMENTO:

Considerações:

Especificação:			
	Descrição de cada item/serviço	Unidade de Medida	Quantidade
MOBILIÁRIO			
EQUIPAMENTOS			
PROFISSIONAL			



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

SETOR CIRÚRGICO:

Considerações:

Especificação:			
	Descrição de cada item/serviço	Unidade de Medida	Quantidade
MOBILIÁRIO			
EQUIPAMENTOS			
PROFISSIONAL			

ALA DE INTERNAÇÃO:

Considerações:

Especificação:			
	Descrição de cada item/serviço	Unidade de Medida	Quantidade
MOBILIÁRIO			
EQUIPAMENTOS			
PROFISSIONAL			

DEMAIS ÁREAS (usar quantas precisar):

Considerações:

Especificação:			
	Descrição de cada item	Unidade de Medida	Quantidade
MOBILIÁRIO			
EQUIPAMENTOS			

IX – ESTIMATIVAS DE CUSTO

- **Os custos relativos ao desenvolvimento do projeto/atividade serão lançados em planilhas próprias anexas a este chamamento público**



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

X – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

TOTAL DOS RECURSOS FINANCEIROS (Anual): R\$ 2.400.000,00

1ª. Parcela R\$	2ª. Parcela R\$	3ª. Parcela R\$
4ª. Parcela R\$	5ª. Parcela R\$	6ª. Parcela R\$
7ª. Parcela R\$	8ª. Parcela R\$	9ª. Parcela R\$
10ª. Parcela R\$	11ª. Parcela R\$	12ª. Parcela R\$

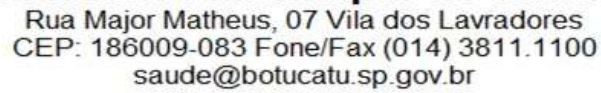
Botucatu, de _____ de 2025.

Assinatura de técnico responsável pelo projeto

Função/Cargo

Assinatura do representante da Entidade

Função/Cargo

**RESPONSÁVEL:** (nome, cargo e assinatura)



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO VII DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

1. Recursos Humanos para Coordenação e Técnico Administrativa

Tipo de Serviço	Profissional	Jornada/carga horária semanal	Quantidade necessária/completo

1. Pessoal e Reflexo		
1.1. Remuneração de Pessoal		
1.2. Benefícios:		
Vale Alimentação		
Vale Refeição		
Vale Transporte		
Assistência Médica		
Assistência Odontológica		
1.3. Encargos Sociais e Contribuições:		
IRPF		
INSS		
PIS		
13º		
Férias		
Aviso Prévio		
Multa Rescisória FGTS		
TOTAL:		

2. Recursos Humanos para Assistência Hospitalar Multiprofissional

Tipo de Serviço	Profissional	Jornada/carga horária semanal	Quantidade necessária/completo

Atenção: especificar com justificativas cada tipo de serviço/profissionais, bem como os plantonistas.

1. Pessoal e Reflexo		
-----------------------------	--	--



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

1.1. Remuneração de Pessoal		
1.2. Benefícios:		
Vale Alimentação		
Vale Refeição		
Vale Transporte		
Assistência Médica		
Assistência Odontológica		
1.3. Encargos Sociais e Contribuições:		
IRPF		
INSS		
PIS		
13º		
Férias		
Aviso Prévio		
Multa Rescisória FGTS		
TOTAL:		

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO VIII

MODELO DE PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO

UNIDADE		
SERVIÇO		
DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL (caso não sejam todos os meses, especificar o mês escolhido)	VALOR ANUAL
1. Pessoal e Reflexo: descrever no Plano de trabalho.		
1.1. Remuneração de Pessoal (CLT)		
1.2. Benefícios:		
Vale Alimentação		
Vale Refeição		
Vale Transporte		
Assistência Médica		
Assistência Odontológica		
1.3. Encargos Sociais e Contribuições:		
IRPF		
INSS		
PIS		
13º		
Férias		
Aviso Prévio		
Multa Rescisória FGTS		
TOTAL:		
2. Materiais de Consumo: descrever no Plano de trabalho.		
2.1 Gases Medicinais		
2.2 Suprimentos de Informática		
2.3 Material de Escritório/Expediente		
2.4 Material de Higiene e Limpeza		
2.5 Uniformes e Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)		
2.6 Gêneros Alimentícios		
2.7 Despesa de Transporte		
2.8 Outros materiais de consumo (Descrever)		
TOTAL:		
3. Material de Consumo Assistencial		
3.1 Drogas e Medicamentos Diversos		



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

3.2 Produtos Médicos e Enfermagem Diversos		
TOTAL:		
4. Serviços Terceirizados: descrever no Plano de trabalho.		
4.1 Assessoria Contábil		
4.2 Coleta de Lixo Hospitalar		
4.3 Serviços, Programas e Aplicativos de Informática		
4.4 Vigilância / Portaria / Segurança		
4.5 Limpeza Predial / Jardinagem		
4.6 Lavanderia		
4.7 Serviços de Tecnologia da Informação		
4.8 Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica (descrever)		
4.9 Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física (descrever)		
TOTAL:		
5. Manutenção: descrever no Plano de trabalho.		
5.1 Manutenção de equipamentos de informática		
5.2 Manutenção de Equipamentos Médicos		
5.3 Manutenção de Equipamentos		
5.4 Manutenção Predial e Adequações (exceto as de responsabilidade do locatário)		
5.5 Outras Manutenções (Descrever)		
TOTAL:		
6. Utilidades Públicas		
6.1 Água e Esgoto		
6.2 Força e Luz		
6.3 Gás de Cozinha		
6.4 Internet		
6.5 Telefonia		
6.6 Outras Utilidades Públicas (Descrever)		
TOTAL:		
7. Locações: descrever no Plano de trabalho.		
7.1 Equipamentos de Informática		
7.2 Equipamento Médico Hospitalar		
7.3 Imóvel		
7.4 Sistema de Software		
7.5 Outras Locações (Descrever)		
TOTAL:		
TOTAL GERAL:		



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)

ANEXO IX

DECLARAÇÃO – CONTA BANCÁRIA

(Nome do presidente da entidade), portador da cédula de identidade nº -----, CPF nº -----, na qualidade de representante legal da Entidade -----, inscrita no CNPJ sob nº -----, declaro para os devidos fins que a entidade abrirá Conta Corrente na seguinte Instituição Financeira pública, dentro do prazo previsto no Edital, caso será a selecionada para desenvolver as atividades no Município de Botucatu.

Informo ainda que a conta estará vinculada exclusivamente ao Termo de Colaboração.
Por ser verdade, firmo o presente.

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO X

TERMO DE CONSENTIMENTO

(CONTAS BANCÁRIAS)

OSC:

RESPONSÁVEL:

CPF:

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados

1) AUTORIZAMOS de forma expressa:

- Que o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo acesse, de forma direta junto às instituições financeiras de qualquer espécie, os dados de movimentação e saldo das contas bancárias, atreladas ao contrato de prestação de serviços bancários, de todos os CNPJs vinculados a este órgão, com as seguintes identificações: “Código da Agência Mantenedora da Conta”; “Dígito Verificador da Agência”; “Número da Conta Corrente”; e “Dígito Verificador da Conta”.

2) ESTAMOS CIENTES:

- Que o TCESP terá acesso somente aos dados das contas de recursos públicos, privando-se a utilização dessas informações para os fins da atividade constitucional de controle externo;
- Que o TCESP utilizará os dados dispostos neste instrumento nos termos de seus normativos internos que regulam o uso deste tipo de informação e dentro dos seus objetivos institucionais previstos em lei; e,
- Que em razão da natureza dos dados, as Partes se obrigam a manter sigilo sobre as respectivas informações, bem como as demais ações realizadas em sua execução, a contar da data de assinatura do presente instrumento, perdurando por prazo indeterminado.

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO XI

DECLARAÇÃO GERAL

CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PROCESSO DE SELEÇÃO – Edital 04/2025

OBJETO: A IMPLANTAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E GESTÃO DE UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO-VETERINÁRIO PÚBLICO, VISANDO O ATENDIMENTO GRATUITO A ANIMAIS DE TUTORES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA E PROTETORES E CUIDADORES INDIVIDUAIS DE ANIMAIS DEVIDAMENTE CADASTRADOS (LEI MUNICIPAL 6.610/24) NESTE MUNICÍPIO.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, inscrita no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal, Sr. (a), portador da Carteira de Identidade nºe inscrito no CPF/MF sob o nº, DECLARA, sob as penas da lei e por ser a expressão da verdade:

- a) () para fins do disposto no inciso XXXIII do art. 7º. Da Constituição Federal, que não utiliza mão de obra direta ou indireta de menores.
Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().
- b) que inexistente impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração Pública.
- c) Não possui agente público no exercício, a qualquer título, em cargo de direção.

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO XII

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL

PROCESSO DE SELEÇÃO Nº 7342 /2025 – Edital 02/2025

OBJETO: IMPLANTAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E GESTÃO DE UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO-VETERINÁRIO PÚBLICO.

A Organização Social _____, inscrita no CNPJ sob nº. _____, por intermédio de seu representante legal, Sr. (a) _____portador do RG nº. _____ e inscrito no CPF sob nº. _____, DECLARA que tomou ciência e que concorda com os termos estabelecidos neste EDITAL e seus respectivos anexos.

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO XIII

DECLARAÇÃO DE IMPEDIMENTOS OU PENDÊNCIAS

(Nome do presidente da entidade), portador da cédula de identidade nº -----, CPF nº -----, na qualidade de representante legal da Entidade -----, inscrita no CNPJ sob nº -----, declaro para os devidos fins que:

- Não teve contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos;
- Declaro para os devidos fins que a entidade não possui pendências ou contas rejeitadas pela administração pública nos últimos cinco anos;
- Declaração de que a Organização Social não está impedida pelo Tribunal de Contas e não incorre nas sanções previstas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei Federal nº 14.133/2021;
- Não incorre nas situações de vedações, previstas nas alíneas “a”, “b” e “c” do inciso VII do art. 39 da Lei Federal nº 13.019/2014, tenha entre seus dirigentes pessoa:

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) julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo em comissão ou função de confiança, enquanto durar a inabilitação;

c) considerada responsável por ato de improbidade, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

Por ser verdade, firmo o presente.

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

ANEXO XIV

DECLARAÇÃO – MEMBROS E CONTRATAÇÕES

(Nome do presidente da entidade), portador da cédula de identidade nº -----, CPF nº -----, na qualidade de representante legal da Entidade -----, inscrita no CNPJ sob nº -----, declaro para os devidos fins que:

- Nenhum dos dirigentes é membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, sendo considerados: I) membros do Poder Executivo: o Chefe do Poder Executivo (Prefeito), Vice Prefeito e Secretários Municipais; II) membros do Poder Legislativo: Vereadores e III) membros do Ministério Público (Procuradores e Promotores);
- Não possui em seu quadro de recursos humanos, cônjuges, companheiros ou parentes de membros da diretoria da entidade, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;
- Não haverá contratação de pessoas parentes ou por afinidade, de dirigentes da conveniada ou membros do poder público conveniente;
- Não haverá contratação ou remuneração a qualquer título, pela OSC, com os recursos repassados, de servidor ou empregado público, inclusive aquele que exerça cargo em comissão ou função de confiança de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;
- Não haverá contratação de empresa de cônjuges, companheiros ou parentes de membros da diretoria inclusive por afinidade, de dirigentes da conveniada ou membros do poder público conveniente;
- Declaro também que não haverá contratação de cônjuge, companheiros, parentes em linha reta, afinidade ou segundo grau, de agentes públicos;
- Declaro que não haverá contratação de menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz.

Por ser verdade, firmo o presente.

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)

Dirigentes da entidade

Nome	Endereço residencial	Data de nascimento	CPF	Telefone	*Agente político



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

*Agente político (Sim/Não)

Membros do conselho fiscal

Nome	Endereço residencial	Data de nascimento	CPF	Telefone	*Agente político

*Agente político (Sim/Não)

Membros do conselho de administração

Nome	Endereço residencial	Data de nascimento	CPF	Telefone	*Agente político

*Agente político (Sim/Não)

LOCAL e DATA:

RESPONSÁVEL: (nome, cargo e assinatura)