**São Paulo,** xx DE xx DE 20xx

**À**

**SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS**

Rua Dona Adma Jafet, 91, São Paulo/SP, Bela Vista, CEP 01308-050

CNPJ/MF nº 61.590.410/0001-24

Remetente: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxA

CNPJ/MF: xxxxxxxxxxxxxx

Endereço: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**DECLARAÇÃO**

Em representação da xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, inscrita no CNPJ/MF sob o nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, sediada em xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, em conformidade com seus atos societários, sirvo-me do presente para declarar para todos os devidos fins que contratei xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CNPJ/MF nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede em RUA xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx para prestar serviços em benefício da **SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS**, relativamente a Ordem de Serviço xxxxxxxxxxxxxx contratada em xxxxxxxxxxxxxxx, especificamente para a realização do seguinte serviço xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxS, durante o período de  xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx     .

Todos os atos praticados pela empresa acima qualificada para a prestação do serviço resultante de negligência, imperícia ou imprudência, que cause quaisquer danos à **SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS** serão de plena responsabilidade da Remetente. Para isto, a Remetente declara e garante que contratou apólice de responsabilidade civil de empresa idônea e com valores suficientes para a cobertura de quaisquer danos causados à **SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS**, inclusive por terceiros e contra terceiros. Por fim, a Remetente declara e garante que será responsável por assegurar que a empresa contratada execute as atividades em conformidade com normas e políticas de saúde e segurança do trabalho da **SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CNPJ: xxxxxxxxxxxxxxxx

Testemunhas:

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME: NOME:

CPF: CPF: