

ANEXO IV

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 09/2026

CREDENCIAMENTO Nº 01/2026

DECLARAÇÃO DE NECESSIDADE DE AUXILIAR

Eu, _____, na qualidade de representante legal da empresa _____, inscrita no CNPJ: _____, conforme Edital de Credenciamento nº 0XX/20XX, do **CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO RIO DAS VELHAS- CISMEV**, declaro que para a realização dos serviços contratados o prestador indicado para execução dos serviços do lote ____ necessitara de um(a) auxiliar na realização dos exames ,para maior eficiência dos serviços prestados, sendo os profissionais abaixo identificados:

Nome	CPF

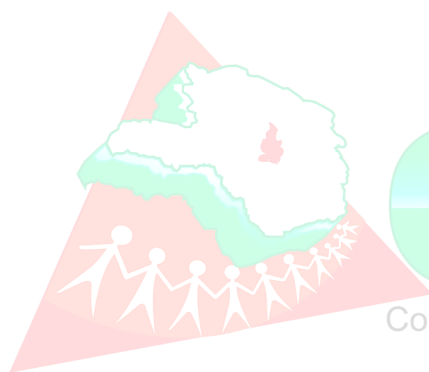
Declaro que toda e qualquer despesa relacionada à utilização de auxiliar(es), incluindo remuneração, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, alimentação, transporte, vestimenta, Epi's ou quaisquer outros custos associados, será de minha exclusiva responsabilidade, não cabendo à CONTRATANTE qualquer obrigação financeira, ônus, ou responsabilidade sobre a (s) mesma.

Declaro que assumo toda responsabilidade pela atuação, conduta e comportamento de auxiliares, designados para a execução dos serviços, sendo que quaisquer atos, danos, prejuízos ou irregularidades decorrentes das ações ou omissões desses colaboradores durante a execução de seus serviços serão de minha inteira responsabilidade, não recaindo sobre a CONTRATANTE qualquer obrigação ou responsabilidade direta ou indireta.

Declaro que a presença do auxiliar é necessária para apoio técnico e operacional durante a realização dos serviços;

Declaro que qualquer alteração, inclusão ou substituição de auxiliar para execução dos serviços contratados será informada formalmente.

Por ser verdade firmo o presente.



Curvelo, ____ de ____ de 20xx

CISMEV
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas

Nome e assinatura

Representante Legal da Empresa