



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **CARINA GUERRA CUNHA**, inscrito(a) na matrícula nº **300160-6-8** e CPF nº **002.618.993-33**, com expediente no(a) **SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO NORTE**, por meio deste instrumento, declaro me responsabilizar pelo acompanhamento e fiscalização da execução do **contrato de gestão** a ser firmado, conforme abaixo descrito, pelo prazo em que o instrumento estiver vigente, a contar da data do início da sua vigência.

Me comprometo a assumir todas as obrigações com as respectivas responsabilidades relativas à execução do contrato, ao monitoramento do instrumento contratual, a emissão de relatórios/pareceres, com o dever de conhecer os limites e as regras para alterações contratuais definidos na Lei de Licitações e Contratos Administrativos e demais normas aplicáveis à matéria e com o desempenho de outras atividades correlatas.

NUP nº: 24001.092362/2024-52

Contratada: Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - ISGH.

Objeto: Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no HOSPITAL REGIONAL NORTE.

Fortaleza-CE, 22 de novembro de 2024.

Carina Guerra Cunha
Assessora Especial-SRNOR