**São Paulo,**

**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:

CNPJ/MF:

Endereço:

**DECLARAÇÃO**

Em representação da       , inscrita no CNPJ/MF sob o nº      , sediada em       , em conformidade com seus atos societários, sirvo-me do presente para declarar para todos os devidos fins que contratei      , CPF/MF nº      , RG nº      , com domicílio em       para prestar serviços em benefício da **SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS**, relativamente ao Contrato       celebrado em      , especificamente para a realização do seguinte serviço       , durante o período de       .

Todos os atos praticados pelo indivíduo acima qualificado 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, inclusive contra terceiros. Por fim, a Remetente declara e garante que será responsável por assegurar a este indivíduo conformidade com normas e políticas de saúde e segurança do trabalho da **SOCIEDADE BENEFICENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS**

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