

**Fundação Municipal de Saúde de Niterói**

**DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

\_\_\_\_\_\_\_ (Nome completo da OSC participante), (CNPJ), com sede na \_\_\_\_, DECLARO, sob as penas da lei, para fins de participação no Processo Seletivo voltado à escolha de Organização da Sociedade Civil para gerir o Hospital Oceânico LTDA. (Edital de Chamamento Público n.º 002/2020), promovido pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói, que as cópias dos documentos de habilitação por mim entregues são todas reproduções fiéis dos originais.

Local e Data.

(Nome e Assinatura do representante legal da OSC participante)