



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO IX

CONTRATO DE GESTÃO

DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE AS LEIS TRABALHISTAS

(nome da OS)....., CNPJ n.:, sediada
..... (endereço completo), por seu representante legal Sr (a)
_____ (qualificação completa, nome, estado civil, RG e CPF e endereço residencial) declara, para os
devidos fins, que não há no quadro de pessoal desta organização social, empregado (s) com menos de 18
(dezoito) anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesseis) anos em qualquer
trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do Inciso XXXIII do art. 7º,
da Constituição Federal.

Local e data

Assinatura e número da identidade do representante legal e CNPJ da OS



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE