



Prefeitura Municipal São João da Boa Vista

Departamento de Administração - Setor de Licitações

transtornos disruptivos (problemas de comportamento) ou outras condições que interfiram no desenvolvimento acadêmico da criança.	
--	--

DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA:

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, BEM COMO QUE SERÁ EXECUTADO O PROJETO DA FORMA E NAS QUANTIDADES PONTUADAS.

Local, em ____ de _____ de ____.

Assinatura do representante

Nome do representante: _____

RG do representante: _____

Telefone: (____) - _____

E-mail: _____



Prefeitura Municipal São João da Boa Vista

Departamento de Administração - Setor de Licitações

GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: _____ Cargo: _____

CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____

Assinatura: _____

