



**PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS**

**ANEXO XVIII**

**Declaração contendo o nome do Gestor da Parceria pela entidade responsável pelo Controle Administrativo, Financeiro e de Execução da Parceria**

(Papel timbrado ou nome da OSC)

\_\_\_\_\_, presidente/diretor/provedor do (a) \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, nomeio o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF  
\_\_\_\_\_, como Gestor(a) na Entidade pelo controle administrativo, financeiro e de  
execução da parceria celebrado com o Município.

Declaro ter conhecimento e estar ciente das responsabilidades previstas na Lei Federal nº 13.019/2014.

Cabo de Santo Agostinho, PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, nome, CPF e firma reconhecida