

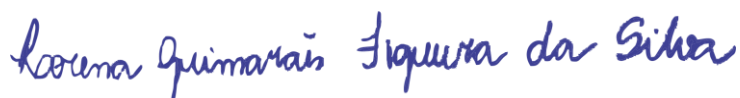
**ANEXO II DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE EM
ACESSIBILIDADE**

Eu, (**Lorena Guimarães Figueira da Silva– CAU No A91747-8** , DECLARO , na qualidade de representante da **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - CNPJ 11.249.035/0001-85**, responsável Técnico pelo Projeto Básico de Arquitetura tendo como objeto a Reforma de parte do Hospital Getúlio Vargas Filho em Niterói-RJ , vinculado ao convênio ou contrato de repasse no 911249/19-002/2019, para fins do disposto no Anexo I da Instrução Normativa nº 2 de 09 de Outubro de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, que foram atendidos os itens de acessibilidade constantes da Lista de Verificação de Acessibilidade anexa.

DECLARO, outrossim, sob as penas da lei, estar plenamente ciente do teor e da extensão desta declaração e deter plenos poderes, conhecimento técnico e informações para firmá-la.

Niterói, 10 de dezembro de 2021

Lorena Guimarães Figueira da Silva – CAU-RJ91747-8



NOME DO ARQUITETO/ ENGENHEIRO

Arquiteto – CAU No número OU Engenheiro Civil – CREA No número

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

Cargo do(a) Nome do Conveniente ou Contratado