ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE NÃO DUPLICIDADE DE OBJETO

**(FOLHA COM LOGOMARCA E TIMBRE DO BENEFICIÁRIO)**

**DECLARAÇÃO DE NÃO DUPLICIDADE DE OBJETO**

Declaro que os equipamentos e materiais permanentes indicados pelo Município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , em benefício de seu Fundo Municipal de Saúde, constantes na tabela de itens e valores apresentada à Secretaria de Estado de Saúde, não foram financiados por outros meios e que, portanto, a aquisição dos mesmos não implica em duplicidade de objeto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome)

(Cargo)

Gestor do Fundo Municipal de Saúde