



GOVERNO MUNICIPAL DE
Tarrafas
Cuidar é o Nosso Compromisso.



ANEXO II MODELO DE HABILITAÇÃO

CREDENCIAMENTO Nº 2026.02.24.1 – SESA – SMS/FMS/SUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TARRAFAS - CE

Eu (nome completo), RG nº, representante credenciado da (denominação da pessoa jurídica), CNPJ nº _____, DECLARO, sob as penas da lei, que conheço as especificações do objeto do Credenciamento nº _____/2026 – SMS/FMS/SUS e os termos constantes no edital e seus anexos, e que temos totais condições de atender e cumprir todas as exigências para realização dos serviços ali contidas.

DECLARO, ainda, que a empresa cumpre plenamente as exigências e os requisitos de habilitação previstos no edital supracitado, realizados pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TARRAFAS - CE, inexistindo qualquer fato impeditivo de sua participação neste certame. DECLARA AINDA, para os fins requeridos no inciso III, artigo 9º da Lei no. 14.133/21 que não tem em seus quadros de empregados, servidores públicos do Contratante, exercendo atribuições de gerência, administração ou tomada de decisões.

Local e data; _____ de _____ de 2026.

REPRESENTANTE LEGAL
RG E CPF
(CARIMBO CNPJ DA INSTITUIÇÃO)