 ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**ANEXO II**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº xxx/2020**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO**

**CREDENCIAMENTO Nº XX/XXXX**

**ENDEREÇO:**

**CNPJ:**

**TELEFONE:**

**ENDEREÇO ELETRONICO:**

**À PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ - RJ**

**COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO**

O (s) abaixo assinado (s), na qualidade de responsável legal pela Empresa

..............................................................., inscrita no CNPJ sob o n° ................................, com sede na Rua/Av ................................, nº..........,

Bairro..................., Cidade............, UF......., DECLARA, sob as penas da Lei, que **não existe fato superveniente impeditivo à habilitação** de nossa empresa, e que aceitamos todas as exigências do presente Edital, bem como nos submetemos a todas as disposições contidas na Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores.

Por ser verdade, firmamos a presente para que surta os devidos efeitos legais.

LOCAL E DATA

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

**Assinatura Identificável c/ firma reconhecida**

(nome do representante legal da empresa devidamente constituído do contrato social)