



MARINHA DO BRASIL

COMANDO DO 7º DISTRITO NAVAL

HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES E PECULIARIDADES

A empresa _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, situada (Endereço completo) _____, por intermédio de seu Representante Legal/Preposto, o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da carteira de identidade n.º _____ e do CPF n.º _____, declara, sob as penalidades da lei, de que tem pleno conhecimento das condições e peculiaridades inerentes à natureza do serviço continuado de telemedicina (telecardiologia) para realização de laudos de exames de Eletrocardiograma, Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e Holter com fornecimento de equipamentos, sistemas, acessórios, insumos e softwares necessários, em regime de comodato, na modalidade do Pregão Eletrônico nº 90000/2026 – SRP, assumindo total responsabilidade por esse fato e informando que não o utilizará para quaisquer questionamentos futuros que ensejem avenças técnicas ou financeiras com o HNBra.

Brasília, DF, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do Representante Legal/Preposto da Empresa

Nome do Representante Legal/Preposto da Empresa

Número da identidade do Representante Legal/Preposto da Empresa

Carimbo da Empresa com CNPJ (dispensado em caso de papel timbrado com CNPJ)

OBS: A licitante é inteiramente responsável pelas informações prestadas através deste documento.