



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

ANEXO X - DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO

Contratação Direta nº 926464-9/2026 – Dispensa Eletrônica nº XX/2026

Declaro, para os devidos fins, que a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, estabelecida na cidade de _____, Estado de _____, com sede na _____, telefone nº _____, por meio de seu representante legal, Sr(a). _____, portador (a) do RG nº _____, expedido por _____, tem pleno conhecimento das condições locais e das peculiaridades inerentes à natureza dos trabalhos a serem executados no âmbito desta licitação.

Declaro, ainda, que:

- Assumo total responsabilidade pelo conhecimento prévio das instalações e do ambiente de execução do objeto;
- Reconheço que a falta de conhecimento sobre as condições do local não será, em hipótese alguma, utilizada como justificativa para pleitos de aditivos, acréscimos de preços, inclusão de serviços ou quantitativos.

Por ser verdade, firmo o presente.

Macapá – AP, ____ de ____ de 2026.

Assinatura do Representante Legal



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ