



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE VISTORIA OU NÃO VISTORIA

Em atendimento ao previsto no Edital da Concorrência Eletrônica nº XXXXX, a empresa _____, inscrita sob CNPJ nº _____, representada por _____, portador (a) do documento de identidade nº _____, e CPF nº _____, DECLARA que:

() Realizou a vistoria

() Não realizou a vistoria

E que tem total ciência das condições e de todos os dados e elementos que possam vir a ter influência no valor da proposta a ser apresentada, assim como todas as condições relativas à execução do serviço licitado, sendo realizado em conformidade com o discriminado no Edital, seus anexos e demais normas pertinentes.

Aracaju, ____ de _____ de 2025

Assinatura do Representante Legal da Licitante

De acordo:

Nome completo, assinatura e carimbo do responsável designado pela Secretaria de Estado da Saúde (no caso da licitante optar em realizar a vistoria)
_____.

Observação:

Este atestado deverá ser inserido no envelope de Documentação.