



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO III  
MODELO DE DECLARAÇÕES DE CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES E EXIGÊNCIAS  
PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

(Razão Social da licitante) \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por meio de seu Responsável Legal, o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei:

1 – Conhecer e aceitar as condições estabelecidas neste edital para a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA** à pacientes adultos portadores de transtornos mentais graves e persistentes com prejuízos significativos no autocuidado e autonomia, egressos de internação de longa permanência de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

2 – Declara cumprir e atender **PLENAMENTE** as exigências e requisitos necessários para a habilitação exigidos no edital.

3 – Declara aceitar e concordar com os termos descritos neste edital.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Macapá-AP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL