**DECLARAÇÃO DE INESISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Modalidade de Licitação**  **Modalidade do Pregão** | **Número**  **Nº /2019** |

**A(o)**

**(Nome do órgão do órgão)**

**Número Processo Adm / Licitatório: Nº PROCESSOADM**

**Prezados Senhores,**

A empresa **PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S.A**., localizada na Rua Guaianazes, nº 1.238 – Mezanino/Parte – Campos Elíseos – São Paulo – SP – CEP 01204.002, inscrita no CNPJ nº 04.540.010/0001-70, por intermédio de seus representantes legais abaixo assinados, **DECLARA,** sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para habilitação e contratação com a administração pública, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Por ser verdade, o signatário assume responsabilidade civil e criminal por eventual falsidade.

São Paulo, data atual.

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

Assinatura

Nome:

RG: #RG

CPF: #CPF