**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS CONDIÇÕES**

**DE HABILITAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **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,** para efeito do cumprimento ao estabelecido no Inciso VII do artigo 4º da Lei Federal nº 10.520 de 17.07.2002, sob as penalidades cabíveis, que cumpre plenamente os requisitos de habilitação exigidos neste Edital.

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

São Paulo, data atual.

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

Assinatura

Nome:

RG: #RG

CPF: #CPF