

## MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO

TIMBRE DA EMPRESA  
NOME COMPLETO DA EMPRESA  
CNPJ Nº

Ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF

A empresa \_\_\_\_\_, CNPJ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, endereço completo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declara, para fins de comprovação  
junto ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF, que tem  
pleno conhecimento deste Edital e seus Anexos, bem como que recebeu todos os  
documentos e informações necessárias para a correta elaboração de sua proposta  
comercial e que aceita e se submete a todas as condições estabelecidas no  
instrumento convocatório.

Por fim, a empresa declara para os fins de cumprimento ao disposto no item DAS  
CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO do Edital, que em seu quadro de funcionários não há  
empregados e/ ou sócios que se enquadram nas vedações previstas nas referidas  
condições para participação.

Brasília/DF \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202X.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL  
CPF  
NOME DA EMPRESA

Obs.: a declaração deverá estar assinada pelo representante legal de forma manual ou digitalmente (por token).