**Declaração de Conhecimento das Condições Inerentes à Natureza do** **Serviço**

(**Somente para as vagas Distritais e Centro Penitenciário de Saúde**)

A empresa **Clique ou toque aqui para inserir o texto.**, portador do CNPJ sob nº **Clique ou toque aqui para inserir o texto.**, neste ato representada por seu representante legal, Clique ou toque aqui para inserir o texto., inscrito no CPF sob nº **Clique ou toque aqui para inserir o texto.** , candidata ao credenciamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí - GO, conforme previsto no **Edital de Credenciamento nº 005/2025 – FMS**. **DECLARO**, sob as penas da lei, para todos os fins, estar familiarizado com a natureza e vulto dos serviços especificados, bem como com as técnicas necessárias ao perfeito desenvolvimento da execução do objeto.

**Declara** ainda que tem pleno conhecimento das condições e peculiaridades inerentes à natureza do cargo e a sua execução, assumindo total responsabilidade por esse fato e informando que não o utilizará para quaisquer questionamentos futuros.

.

Itaberaí – GO, segunda-feira, 23 de junho de 2025.

Assinatura digital