**ANEXO II**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

A empresa (Razão Social da interessada), inscrita no CNPJ sob n° (número), sediada na Rua

 , nº , (bairro/jardim) na cidade de (cidade), através representante legal, (nome, RG e CPF), declara, sob as penas da Lei, que:

1. não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;
2. não está impedido de transacionar com a Administração Pública;
3. não foi apenada com rescisão de contrato, quer por deficiência dos serviços, quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 5 (cinco) anos;
4. não incorre nas demais condições impeditivas previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Município/Estado, dia, mês e ano

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ

NOME EPRESENTANTE LEGAL

 CPF / RG