



Estado do Pará  
**GOVERNO MUNICIPAL DE IPIXUNA DO PARÁ**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**



**Anexo II - modelo "a"**  
**DECLARAÇÃO**

Declaramos que cumprimos plenamente com todas os requisitos de habilitação constantes das Condições 58 e 59 do edital do Pregão nº 9/2017-310501.

Local e data

---

Assinatura e carimbo  
(representante legal da licitante)