



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



**Anexo II - modelo "b"**  
**DECLARAÇÃO**

Declaramos, em atendimento ao previsto na Condição 58, subitem 58.1, do edital do Pregão nº 9/2017-310501, a superveniência do(s) fato(s) a seguir, o(s) qual(is) poder(ão) constituir-se em impeditivo(s) da nossa habilitação no procedimento em apreço. (declaração exigida somente em caso positivo)

---

---

---

---

etc.

Local e data.

---

Assinatura e carimbo  
(representante legal)

Observação: emitir em papel que identifique a licitante.