

**PREGÃO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA**

Objeto: Aquisição De Ambulância, Para A Secretaria Municipal De Saúde, Conforme Plano de Trabalho 25134/2018 Firmado Com Secretaria de Estado da Saúde E Especificações Constantes Do Termo De Referência.

Das especificações dos itens e da estimativa de custos, com base nas cotações prévias realizadas no mercado:

Item	Material	Descrição dos Produtos	Unid.	Quant.	R\$ Unit.	R\$ Global
01	Ambulância	Veículo tipo furgoneta com carroceria em aço ou monobloco e original de fábrica, 0 km, Air-Bag para os ocupantes da cabine, Freio com (A.B.S.) nas 4 rodas, modelo do ano da contratação ou do ano posterior, adaptado para <b><u>ambulância de SIMPLES REMOÇÃO</u></b> . Motor Dianteiro; 4 cilindros; Combustível = gasolina ou gasolina e/ou álcool misturados em qualquer proporção (flex); Potência mínima de 85 cv; Tanque de Combustível: Capac. mínimo = 50 L. Freios e Suspensão. Equipamentos Obrigatórios exigidos pelo CONTRAN; Cabine/Carroceria: Portas em chapa, com revestimento interno em poliestireno, com fechos interno e externo, resistentes e de aberturas de fácil acionamento. Altura interna do veículo deve ser original de fábrica. O pneu estepe não deve ser acondicionado no salão de atendimento. Sistema Elétrico: Original do veículo, com montagem de bateria de no mínimo 60 Ah do tipo sem manutenção, 12 volts. O Sistema elétrico dimensionado para o emprego simultâneo de todos os itens especificados do veículo e equipamentos, quer com a viatura em movimento, quer estacionada, sem risco de sobrecarga no alternador, fiação ou disjuntores. Iluminação: Natural e Artificial. macador Frontal Principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, com módulo único e lente inteira ou múltiplas lentes, com comprimento mínimo de 1.000 mm e máximo de 1.300 mm, largura mínima de 250 mm e máxima de 500 mm e altura mínima de 55 mm e máxima de 110 mm, instalada no teto da cabine do veículo. Laudo que comprove o atendimento às normas SAE J575, SAE J595 e SAE J845, no que se refere aos ensaios contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e fotometria classe 1, para o Sinalizador Luminoso Frontal Principal. Sinalização acústica com amplificador de potência mínima de 100 W RMS @13,8 Vcc, mínimo de 3 tons distintos, Sistema de megafone com ajuste de ganho e pressão sonora a 01 (um) metro de no mín100 dB @13,8 Vcc; Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J1849, no que se refere a requisitos e diretrizes nos Sistemas de sirenes eletrônicas com um único autofalante. Sistema portátil de oxigênio completo, mínimo 3 L. A cabine deve ser com o Sistema original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica para ar Condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. O compartimento do paciente, deve ser original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um Sistema de Ar Condicionado e ventilação nos termos do item 5.12 da NBR 14.561.	Unid.	01	116.833,33	116.833,33

		<p>Ventilador oscilante no teto; A Capacidade térmica do Sistema de Ar Condicionado do Compartimento traseiro deve ser de no mínimo 15.000 BTUs. Maca retrátil, em duralumínio; com no mínimo 1.800 mm de comprimento. Provida de Sistema de elevação do tronco do paciente de mínimo 45 graus e suportar peso mínimo de 100 kg. Com colchonete. <b>Deverão ser apresentados: Autorização de Funcionamento de Empresa do Fabricante e Registro ou Cadastramento dos Produtos na Anvisa; Garantia de 24 meses. Ensaio atendendo à norma ABNT NBR 14561/2000 e AMD Standard 004, feito por laboratório devidamente credenciado.</b> A distribuição dos móveis e equipamentos no salão de atendimento deve prever: Dimensionar o espaço interno, visando posicionar, de forma acessível e prática, a maca, bancos, equipamentos e aparelhos a serem utilizados no atendimento às vítimas. As paredes internas, piso e a divisória deverão ser em plástico reforçado com fibra de vidro laminadas ou Acrilonitrila Butadieno Estireno auto-estinguível, ambos com espessura mínima de 3mm, moldados conforme geometria do veículo, com a proteção antimicrobiana, tornando a superfície bacteriostática. Um suporte para soro e plasma; Um pega-mão ou balaústres vertical, junto a porta traseira esquerda, p/ auxiliar no embarque com acabamento na cor amarela. Armário superior p/ objetos, na lateral direita, acima da maca, em ABS auto-estinguível ou compensado naval revestido interna e externamente em material impermeável e lavável (fórmica ou similar).Fornecer de vinil adesivo p/ grafismo do veículo, composto por cruzes e palavra Ambulância no capô, vidros laterais e traseiros; <b>e as marcas conforme manual de identificação fornecido pelo Estado de São Paulo.</b></p>				
<b>TOTAL</b>						<b>116.833,33</b>

Fonte: Média de preços de mercado conforme cotações prévias devidamente juntadas ao processo.

Santa Gertrudes/SP, 16 de julho de 2019.

**Rogério Pascon**  
**Prefeito Municipal**

**PREGAO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO II – FORMULÁRIO DE PROPOSTA FINANCEIRA**

Item	Materiais	Descrição dos Produtos	Unid.	Quant.	Marca / Modelo	Gara ntia	R\$ Unit.	R\$ Global
01	Ambulância	Veículo tipo furgoneta com carroceria em aço ou monobloco e original de fábrica, 0 km, Air-Bag para os ocupantes da cabine, Freio com (A.B.S.) nas 4 rodas, modelo do ano da contratação ou do ano posterior, adaptado para <b><u>ambulância de SIMPLES REMOÇÃO</u></b> . Motor Dianteiro;4 cilindros; Combustível = gasolina ou gasolina e/ou álcool misturados em qualquer proporção (flex);Potência mínima de 85 cv; Tanque de Combustível: Capac. mínimo = 50 L. Freios e Suspensão. Equipamentos Obrigatórios exigidos pelo CONTRAN; Cabine/Carroceria: Portas em chapa, com revestimento interno em poliestireno, com fechos interno e externo, resistentes e de aberturas de fácil acionamento. Altura interna do veículo deve ser original de fábrica. O pneu estepe não deve ser acondicionado no salão de atendimento. Sistema Elétrico: Original do veículo, com montagem de bateria de no mínimo 60 Ah do tipo sem manutenção, 12 volts. O Sistema elétrico dimensionado para o emprego simultâneo de todos os itens especificados do veículo e equipamentos, quer com a viatura em movimento, quer estacionada, sem risco de sobrecarga no alternador, fiação ou disjuntores. Iluminação: Natural e Artificial. macador Frontal Principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, com módulo único e lente inteiriça ou múltiplas lentes, com comprimento mínimo de 1.000 mm e máximo de 1.300 mm, largura mínima de 250 mm e máxima de 500 mm e altura mínima de 55 mm e máxima de 110 mm, instalada no teto da cabine do veículo. Laudo que comprove o atendimento às normas SAE J575, SAE J595 e SAE J845, no que se refere aos ensaios	Unid.	01				

		<p>contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e fotometria classe 1, para o Sinalizador Luminoso Frontal Principal. Sinalização acústica com amplificador de potência mínima de 100 W RMS @13,8 Vcc, mínimo de 3 tons distintos, Sistema de megafone com ajuste de ganho e pressão sonora a 01 (um) metro de no mín100 dB @13,8 Vcc; Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J1849, no que se refere a requisitos e diretrizes nos Sistemas de sirenes eletrônicas com um único autofalante. Sistema portátil de oxigênio completo, mínimo 3 L. A cabine deve ser com o Sistema original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica para ar Condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. O compartimento do paciente, deve ser original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um Sistema de Ar Condicionado e ventilação nos termos do item 5.12 da NBR 14.561. Ventilador oscilante no teto; A Capacidade térmica do Sistema de Ar Condicionado do Compartimento traseiro deve ser de no mínimo 15.000 BTUs. Maca retrátil, em duralumínio; com no mínimo 1.800 mm de comprimento. Provida de Sistema de elevação do tronco do paciente de mínimo 45 graus e suportar peso mínimo de 100 kg. Com colchonete.</p> <p><b><u>Deverão ser apresentados: Autorização de Funcionamento de Empresa do Fabricante e Registro ou Cadastramento dos Produtos na Anvisa; Garantia de 24 meses. Ensaio atendendo à norma ABNT NBR 14561/2000 e AMD Standard 004, feito por laboratório devidamente credenciado.</u></b> A distribuição dos móveis e equipamentos no salão de atendimento deve prever: Dimensionar o espaço interno, visando posicionar, de forma acessível e prática, a maca, bancos, equipamentos e aparelhos a serem utilizados no atendimento às vítimas. As paredes internas, piso e a divisória deverão ser em plástico reforçado com fibra de vidro laminadas ou Acrilonitrila Butadieno Estireno auto-estinguível, ambos com espessura mínima de 3mm, moldados conforme geometria do veículo, com a proteção antimicrobiana, tornando a superfície</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		bacteriostática. Um suporte para soro e plasma; Um pega-mão ou balaústres vertical, junto a porta traseira esquerda, p/ auxiliar no embarque com acabamento na cor amarela. Armário superior p/ objetos, na lateral direita, acima da maca, em ABS auto-estinguível ou compensado naval revestido interna e externamente em material impermeável e lavável (fórmica ou similar).Fornecer de vinil adesivo p/ grafismo do veículo, composto por cruzes e palavra Ambulância no capô, vidros laterais e traseiros; <b>e as marcas conforme manual de identificação fornecido pelo Estado de São Paulo.</b>						
<b>TOTAL</b>								

Preços completos, computando todos os custos necessários para o atendimento do objeto desta licitação, bem como todos os impostos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas, fretes e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre o objeto licitado, constante desta proposta.

Declaramos que os objetos ofertados pela empresa, atendem, rigorosamente, as características necessárias arroladas no objeto desta licitação e as normas pertinentes.

Dados cadastrais da proponente:

**Dados Cadastrais:**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CNPJ (MF): \_\_\_\_\_

**Inscrição Estadual:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Registro: (Registro em Cartório ou Registro na Junta Comercial ou Registro na OAB):**

\_\_\_\_\_

**Número do Registro:** \_\_\_\_\_

**Data do Registro:** \_\_\_\_\_

**E-mail INSTITUCIONAL:** \_\_\_\_\_

Dados Bancários: Banco: \_\_\_\_\_; Agência: \_\_\_\_\_; Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Condições de pagamento: as notas fiscais processadas pela contabilidade, e atestadas pela unidade requisitante, entre os dias 01 à 10 serão pagas até o dia 20 do mesmo mês, as atestadas entre os dias 11 à 31 serão pagas até o dia 10 do mês subsequente.

Validade da proposta: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias corridos (mínimo 60 dias)

**Prazo de entrega: até 60 (sessenta) dias a contar da data da homologação deste certame.**

**Local de entrega:** Prefeitura Municipal de Santa Gertrudes – Rua 01-A, nº 332 - Centro.;

**Prazo de garantia:** Discriminar o prazo de garantia.

**Condições de Assistência Técnica: DISCRIMINAR AS CONDIÇÕES;**

**Locais de Assistência Técnica: DISCRIMINAR OS LOCAIS;**

Declaramos que assumimos o fornecimento dos materiais, por nossa conta e risco, ficando sob nossa inteira e exclusiva responsabilidade a entrega do mesmo diretamente na Prefeitura Municipal.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

**PREGÃO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS  
REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que cumpre plenamente aos requisitos de habilitação.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

**PREGÃO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO  
IMPEDITIVO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que não se encontra penalizada por declaração de inidoneidade ou  
impedimento de licitar e contratar com quaisquer entes da Administração Pública, e que se  
compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade



**PREGÃO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA COM O  
MINISTÉRIO DO TRABALHO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que está em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se  
refere à observância do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, e, para  
fins do disposto no inciso V do artigo 27 da Lei Federal 8.666/93, acrescido pela Lei 9.854, de  
27 de outubro de 1999, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno,  
perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição  
de aprendiz (\_\_\_\_). Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

**PREGÃO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICRO E PEQUENA EMPRESA**

**DECLARAÇÃO**

À

Prefeitura do Município de Santa Gertrudes

Rua 01A, 332, Centro

**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que é Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP), nos termos  
da Lei Complementar nº 123/06, estando apta, portanto, a exercer o direito de preferência a que  
faz jus no procedimento licitatório em epígrafe, realizado pela Prefeitura Municipal De Santa  
Gertrudes /SP.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

ESTE DOCUMENTO DEVE SER APRESENTADO A PREGOEIRA NA FASE DE  
CREDENCIAMENTO FORA DOS ENVELOPES Nº 01(PROPOSTA) E 02  
(DOCUMENTAÇÃO)

**PREGÃO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO VII - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTA GERTRUDES

CONTRATADA: \_\_\_\_\_

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): \_\_\_\_\_

OBJETO: Aquisição De Ambulância, Para A Secretaria Municipal De Saúde, Conforme Plano de Trabalho 25134/2018 Firmado Com Secretaria de Estado da Saúde E Especificações Constantes Do Termo De Referência.

ADVOGADO (S)/ Nº OAB: (\*) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

**LOCAL e DATA:** \_\_\_\_\_

**GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**Pelo CONTRATANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Pela CONTRATADA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Advogado:**

(\*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

**PREGÃO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO VIII – MODELO DE DECLARAÇÃO PARA EMPRESAS EM  
RECUPERAÇÃO JUDICIAL**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes – SP**

A empresa \_\_\_\_\_, estabelecida na  
\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP:  
\_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, inscrita com CNPJ  
\_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador)  
\_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_ e do CPF  
\_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições legais, vem

Declarar para os devidos fins que está ciente de que no momento da assinatura do contrato deverá apresentar cópia do ato de nomeação do administrador judicial ou se o administrador for pessoa jurídica, o nome do profissional responsável pela condução do processo e, ainda, declaração, relatório ou documento equivalente do juízo ou do administrador, de que a LICITANTE está cumprindo o plano de recuperação judicial.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

**PREGÃO PRESENCIAL 12/2019**

**ANEXO IX – MODELO DE DECLARAÇÃO PARA EMPRESAS EM RECUPERAÇÃO  
EXTRAJUDICIAL**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes – SP**

A empresa \_\_\_\_\_, estabelecida na  
\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP:  
\_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, inscrita com CNPJ  
\_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador)  
\_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_ e do CPF  
\_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições legais, vem

Declarar para os devidos fins que está ciente de que no momento da assinatura do contrato deverá apresentar comprovação documental de que está cumprindo as obrigações do plano de recuperação extrajudicial.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade