



**ANEXO III**

**AUTORIZAÇÃO DE VISTORIA TÉCNICA À UNIDADE DE SAÚDE**

**DECLARAÇÃO DE VISTORIA DOS LOCAIS DOS SERVIÇOS**

**CHAMADA PÚBLICA Nº 2020.03.03.1**

A interessada ....., inscrita no CNPJ nº....., por intermédio de seu representante legal, Sr. (a) ....., portador da Carteira de Identidade nº e inscrito no CPF/MF sob o nº ....., DECLARA, para todos os fins, que visitou os locais e instalações da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DO MUNICÍPIO DE HORIZONTE/CE e que possui todas as informações relativas à sua execução. DECLARA, ainda, que não alegará posteriormente o desconhecimento de fatos evidentes à época da vistoria para solicitar qualquer alteração na vigência e no valor estimado do contrato de gestão a ser celebrado, caso seja a organização social vencedora.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome e carimbo do representante legal  
(Emitir em papel timbrado da organização social)