



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria De Gestão De Pessoas e Administração
Coordenação-Geral De Gestão De Pessoas
Serviço De Acompanhamento Técnico Operacional

Anexo

ANEXO I-C DO TR

MODELO DE DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

NOME DA EMPRESA/INSTITUIÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA MESMA COM CNPJ, ENDEREÇO, neste ato representada por (REPRESENTANTE DA EMPRESA/INSTITUIÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO MESMO, CONSTANDO INCLUSIVE QUAL A FUNÇÃO/CARGO NA EMPRESA/INSTITUIÇÃO), **DECLARAMOS** que temos ciência das condições necessárias para a prestação dos serviços nos termos do item 2.4. do Anexo V da IN 05/2017 – SEGES/MP e NOS COMPROMETEMOS a prestar fielmente os serviços com a qualidade necessária, conforme condições e exigências estabelecidas no Termo de Referência, Edital e de seus Anexos, para fins de participação no Pregão Eletrônico nº XXX/2021.

local, ____ de _____ de 2021.

Responsável pela empresa/instituição



Documento assinado eletronicamente por **GEOVANE SERAPHIM FERNANDES, Analista do Seguro Social**, em 12/03/2021, às 12:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.inss.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3088727** e o código CRC **811034FE**.

Criado por [geovane.fernandes](#), versão 1 por [geovane.fernandes](#) em 12/03/2021 11:30:21.