



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**ANEXO X**

**MODELO**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES  
PESSOA FÍSICA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_  
e do C.P.F. \_\_\_\_\_ residente no  
endereço \_\_\_\_\_, Bairro  
\_\_\_\_\_, Município \_\_\_\_\_ CEP  
\_\_\_\_\_, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e  
autenticidade das cópias dos documentos entregues para o Processo de Chamamento Público  
001/2021. Declaro estar de inteira responsabilidade pelas informações prestadas, estando ciente de  
que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do  
Candidato ou responsável legal

OBS: RETIRAR LOGO E RODAPÉ DESTE MODELO.