

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

A(O) (PROFISSIONAL), localizada(o) na(o) (ENDEREÇO COMPLETO) - (BAIRRO) - (CIDADE) - (ESTADO), devidamente inscrita(o) sob o CPF nº (ESPECIFICAR), com vistas ao credenciamento junto ao PLAN-ASSISTE/XXX para a prestação de serviços de saúde, declara, por meio de seu representante legal, sob as penas da lei, que a referida empresa não está cumprindo penalidade de inidoneidade, suspensão ou impedimento de contratar com a Administração Pública.

Brasília, (dia) de (mês) de 20__.

(Nome Representante Legal)
CPF nº (especificar)