

**ANEXO II**  
**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DOS TERMOS DO**  
**EDITAL DO PROCESSO SELETIVO No. 001/2020-POSSE/GO**

Pela presente, \_\_\_\_ (Proponente) \_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por meio do seu representante legal, \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, DECLARA ter acessado, lido e compreendido integralmente, estar ciente e concordar com todos os termos e condições previstos no Edital de Processo Seletivo nº \_\_\_\_\_/2020- POLICLÍNICA REGIONAL DE POSSE/GO, bem como dos seus Anexos que o integram.

(Assinatura do representante legal e carimbo da empresa)

---

Razão Social do Proponente  
CNPJ nº  
Nome do Representante Legal