



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARROQUINHA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO V



MODELO DE DECLARAÇÃO ÚNICA

(Razão Social)_____, inscrita no CNPJ/MF nº, sediada no endereço_____, na cidade de_____, por seu representante legal,

CPF__e portador do RG____, que ao final subscreve, DECLARA EXPRESSAMENTE a quem interessar possa e para fins de atendimento do edital e processo em referência, QUE:

Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º XXXIII, da Constituição;

Não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;

Inexiste quaisquer fatos impeditivos de sua habilitação e que a mesma não foi declarada inidônea por Ato do Poder Público Municipal, ou que esteja temporariamente impedida de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública de Barroquinha ou quaisquer de seus órgãos descentralizados (inciso III e IV do art.156 da Lei 14.133/2021);

Não possui funcionário público no quadro societário da empresa;

Está adequada à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – Lei nº 13.709/2018;

Conhece na íntegra o Edital, está ciente e concorda com as condições impostas nele e em seus anexos, ao passo que se submete às condições nele estabelecidas, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

Atende aos requisitos de habilitação, e o declarante responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei (art.63, I, da Lei nº 14.133/2021).

_____, ____ de _____ de 2024.

Nome e assinatura do representante legal da empresa

CPF: