

	PROCESSO:	COMPRAS		CÓDIGO:	FOR-COMP.1.1.M	
	PADRÃO:	CADASTRO DE FORNECEDORES			DATA CRIAÇÃO:	PÁGINA:
					29/12/2010	1/1
DATA VERSÃO:	VERSÃO:					
		05/10/2017	07			

Setor de Interesse:		
Farmácia () Hospital Unimed Erechim () Laboratório () Administrativo () Fisioterapia () Higienização () Nutrição () Rouparia ()		
Dados Cadastrais:		
Razão social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ:		
Inscrição Municipal:		
Inscrição Estadual:		
Responsável:		E-mail:
Endereço:		Cidade:
Estado:	CEP:	Celular:
Fone:	Fax:	E-mail:
Banco:	Agência:	N° Conta:
Gerais:		
3. Produtos/Serviços oferecidos:		
2. A empresa possui canais de relacionamentos disponibilizados para adquirir produtos, reclamar, sugerir ou solicitar informações? () Sim () Não Quais:		
1. A empresa possui práticas de gestão da qualidade e ações socioambientais? () Sim () Não Possui alguma certificação? _____ Quais: _____ Obs. Enviar cópias.		
<p align="center">Declaração de Vedação ao Trabalho Infantil, Escravo e Discriminação</p> <p>A empresa....., pessoa jurídica de direito privado, CNPJ....., estabelecida na....., através de seu representante legal,....., RG (n°), CPF (n°), declara para os efeitos, e sob as penas da lei, que em todas as suas atividades promove a ética, bem como o desenvolvimento social e ambiental, através das seguintes ações:</p> <p>I - Não permitir as práticas de trabalho infantil, conforme art. 7° XXXIII da Constituição Federal/88, que veda o trabalho noturno, perigoso e insalubre aos menores de 18 anos e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos;</p> <p>II - Não permitir a realização de trabalho forçado ou medidas disciplinares como coerção, física, mental, psicológica, hierárquica, abuso verbal e outros constrangimentos não éticos;</p> <p>III - Assegurar a não existência de qualquer discriminação (raça, classe social, nacionalidade, cor, crença religiosa, sexo, orientação sexual, filiação a sindicatos, partidos políticos).</p> <p align="right"><u>(cidade), (data) de (mês) de 20__.</u></p> <p align="center">_____ (assinatura do representante legal)</p>		
Atenção: enviar este formulário preenchido no e-mail compras@unimed-erechim.com.br juntamente com a cópia dos documentos necessários.		

INTERNO

As informações contidas neste documento são de uso interno e de propriedade da Unimed Erechim.