**ANEXO I**

**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA COM O MANUAL DO FORNECEDOR**

Declaro que tomei ciência do Manual do Fornecedor da Unimed Norte do Paraná, li e entendi o seu conteúdo e cumprirei as regras contidas nesse manual.

Me comprometo a reportar à Unimed Norte do Paraná qualquer comportamento ou situação que esteja em desacordo com o conteúdo aqui disposto.

Comprometo-me ainda a disseminar esse conteúdo aqui disposto para as equipes internas que estejam envolvidas no processo de relação com a Unimed Norte do Paraná.

Também assumo o compromisso de rever meus processos internos, a fim de adequá-los aos itens aqui dispostos e às melhores práticas de mercado.

Empresa: Clique ou toque aqui para inserir o nome da Empresa.

Razão Social: Clique ou toque aqui para inserir a Razão Social.

Nome do representante: Clique ou toque aqui para inserir o Nome do Representante.

Cargo: Clique ou toque aqui para inserir o Cargo.

Local/Data: Clique ou toque aqui para inserir uma data.

Assinatura

**ANEXO III**

DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ

Nome da Empresa , inscrita no CNPJ sob nº CNPJ, por intermédio de seu representante legal, Sr.(a) Representante Legal, portador(a) da Carteira de Identidade nº Nº da Identidade Órgão expedidor Orgão Expedidor e do C.P.F nº CPF,

**DECLARA**, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos.

**Ressalva**:

() emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz)

(assinalar com “x” a ressalva acima, caso verdadeira)

Cidade, dia de Mês de 20ano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante legal com – nome e cargo

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO DE PARENTESCO COM FORNECEDORES E/OU PRESTADORES DE SERVIÇOS**

Eu, Clique ou toque aqui para inserir o Nome., declaro que na data abaixo especificada:

() Possuo () Não possuo Vínculo de parentesco

até o segundo grau por consanguinidade (pai, mãe, irmãos e filhos) e ou por afinidade (pai, mãe, irmãos e filhos de meu cônjuge e/ou companheiro) com fornecedores e/ou prestadores de serviço da Unimed Norte do Paraná. Em caso positivo, citar nome(s) do(s) profissional(is) ou empresa(s) fornecedores e relações de parentesco:

1. Nome: Clique ou toque aqui para inserir o Nome.

Relação de Parentesco: Clique ou toque aqui para inserir a relação de parentesco.

1. Nome: Clique ou toque aqui para inserir o Nome.

Relação de Parentesco: Clique ou toque aqui para inserir a relação de parentesco.

1. Nome: Clique ou toque aqui para inserir o Nome.

Relação de Parentesco: Clique ou toque aqui para inserir a relação de parentesco.

Declaro ainda estar ciente de que o fornecimento de informações falsas acarretará a aplicação de penalidades.

Cidade, dia de Mês de 20ano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante legal com – nome e cargo