**DECLARAÇÃO CONJUNTA**

À  
CÂMARA MUNICIPAL DE BOCAIUVA/MG

A empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**com sede à**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, neste ato representada pelo(a) Sr.(a)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, nacionalidade**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, estado civil **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**portador(a) do documento de identidade nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** e CPF nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** residente e domiciliado(a) em **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, declara, para os devidos fins e sob as penas da lei, que:

a) Não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menor de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, em conformidade com o inciso VI do art. 68 da Lei nº 14.133/2021 e suas alterações posteriores;

b) Não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública;

c) Não existe fato impeditivo para sua habilitação neste certame, estando ciente da obrigação de declarar ocorrências posteriores que possam surgir;

d) Cumpre as exigências legais relativas à reserva de cargos para pessoas com deficiência e para reabilitados da Previdência Social, conforme legislação vigente e normas específicas;

e) Declara, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, estar ciente das obrigações relativas à reserva de cargos para pessoas com deficiência ou reabilitados da Previdência Social e que, se aplicável ao quadro de funcionários da empresa, atende às normas de acessibilidade previstas na legislação.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

Nome completo do representante

(Preferencialmente com assinatura digital)