



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

IPASG – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E
ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SÃO GONÇALO



ANEXO II

TERMO DE DECLARAÇÃO SER APRESENTADA ELA EMPRESA CONTRATADA

_____, CNPJ n.º
_____, por seu representante legal,
_____, CPF n.º
_____, **declara () ter () não ter sócios
ou empregados** que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta,
colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de ocupantes de cargos de
direção e de chefia ou exercentes de função gratificada da mesma natureza.

NOME DO SÓCIO/EMPREGADO FAMILIAR OU PARENTE: _____

RELAÇÃO E GRAU DE PARENTESCO: _____

CARGO OCUPADO PELO FAMILIAR OU PARENTE NO _____

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO DECLARANTE:
