



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
POLICLÍNICA MILITAR DE PORTO ALEGRE



ANEXO Q

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE EMPREGADOS EM TRABALHO DEGRADANTE OU FORÇADO

(Razão Social da OCS ou nome do PSA) _____

_____ inscrito(a)
no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o nº (CNPJ- OCS) ou no Cadastro de Pessoas Físicas
(CPF- PSA) _____ sediada na (endereço completo rua/av., bairro,
CEP, _____ município, _____ estado) _____

DECLARA, sob as penas da Lei, que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, para os fins requeridos nos incisos III e IV, do artigo 1º e no Inciso III do art. 5º da Constituição Federal.

_____ - RS, ____ de _____ de 20 ____
(Cidade)

(Nome completo e assinatura do representante legal da OCS ou do PSA)