

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELO ENQUADRAMENTO SINDICAL

DECLARO que a empresa _____, inscrita no CNPJ (MF) nº _____, inscrição estadual nº _____, estabelecida em, _____, está regulamente vinculada ao Sindicato _____, conforme Carta de Registro Sindical anexo, e é integralmente responsável pela veracidade das informações prestadas quanto ao seu regular enquadramento sindical, por eventuais erros ou fraude pela utilização de instrumento coletivo incompatível com o enquadramento sindical declarado, e por qualquer ônus decorrente de reenquadramentos que ocorram durante a vigência contratual, aplicando-se as sanções previstas no art. 156, incisos III e IV, da Lei nº 14.133, 1º de abril de de 2021 em caso de irregularidades. (Redação dada pela Instrução Normativa Seges/MGI N nº 190, de 2024).

(Local), ____ de ____ de 2025.

(Nome e Assinatura do representante legal ou procurador)

(Número do CPF)

Observações:

1) Esta declaração deverá ser emitida em papel que identifique a licitante.