### **ANEXO AO TERMO D REFERÊNCIA**

### **EDITAL nº:** ............/20.......... – ANM/........

### **PROCESSO nº:** ..................../20.......-.............

# **MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACESSIBILIDADE**

**IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA**

Empresa: ..................................................................................................................................

CNPJ: .............................................................Fone/Celular: (.....)...........................................

Endereço completo: .................................................................................................................

E-Mail: .....................................................................................................................................

Nome do representante legal da empresa: ...............................................................................

Documento de Identificação: ................................ Cargo na empresa: ...................................

DECLARA, para fins do disposto na licitação acima indicada, sob as sanções administrativas cabíveis e sob as penas da lei, que está ciente do cumprimento da reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que, se aplicado ao número de funcionários da minha empresa, atendo às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

 Cidade (UF) .............. de ............................... de 20....

 ............................................................................

Nome do representante legal da Empresa

CPF

Cargo

*Observações:*

*Este documento deverá ser impresso com o logotipo da empresa.*