**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PARENTESCO**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

Eu, (nome completo pessoa física), carteira de identidade nº , expedida pela

 , inscrito no CPF sob nº , Representante legal da , inscrita no CNPJ sob o n° , DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins que não possuo parentesco consanguíneo ou afim, até 3° grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante.

Município/Estado, dia, mês e ano

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

N° CNPJ

NOME EPRESENTANTE LEGAL

CPF / RG