



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE ACESSIBILIDADE, SE FOR O CASO

ACESSÍVEL EM: drive.google.com/drive/folders/12ZLNuNnHmyz1TiYp0gp71s6uuglaQe8r



CFMV
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
SISTEMA CFMV/CRMVs

SIA - TRECHO 3, LOTES 145/155 - CEP: 71200-037 - BRASÍLIA-DF
TELEFONE: +55 (61) 2106-0400
CFMV@CFMV.GOV.BR - WWW.CFMV.GOV.BR



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA

ANEXO - VII

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACESSIBILIDADE

(nome/razão social) _____, CNPJ OU CPF n.º _____, sediada (**endereço completo**) _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Senhor (a) _____ portador (a) da Carteira de Identidade n.º _____ e do CPF n.º _____

DECLARA:

Que, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, 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.

LOCAL, DD de MM de AAAA.

Representante Legal da Licitante
(nome e assinatura)