

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador (a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_,  
declaro para devidos fins, que:

1. **Não mantenho qualquer vínculo empregatício** com o Serviço Social Autônomo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos e Militares do Estado de Goiás – Ipasgo Saúde, seja como empregado, prestador de serviços, estagiário ou em qualquer outra modalidade, direta ou indiretamente.
2. **Não prestei serviços** ao Ipasgo Saúde ou a qualquer empresa contratada por este nos últimos 6 (seis) meses.
3. **Não tenho relação de parentesco até terceiro grau civil** (ex.: cônjuge, companheiro, pais, avós, filhos, netos, irmãos, tios, sobrinhos, sogro e genro), com funcionário, colaborador, terceirizado ou não, ou dirigente do Ipasgo Saúde;
4. **Não possuo participação societária** em empresa que tenha qualquer tipo de relação comercial com o Ipasgo Saúde.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, sob as penas da lei.

Goiânia, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Declarante