



REQUERIMENTO DE DOAÇÃO

SOLICITANTE	
CNPJ	
ENDEREÇO	
RESPONSÁVEL	
CPF	
DOAÇÃO SOLICITADA <u>(COMPLETAR VALOR ESCRITO POR EXTENSO)</u>	
OBJETIVO DA DOAÇÃO SOLICITADA	
O(A) SOLICITANTE CUMPRE COM AS NORMAS DE COMPLIANCE ESTABELECIDAS PELA SOLFARMA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
O(A) SOLICITANTE CONHECE E CONCORDA COM AS NORMAS DE COMPLIANCE ESTABELECIDAS PELA SOLFARMA, INCLUSIVE SEU CÓDIGO DE ÉTICA, POLÍTICAS E COMPLIANCE ANTICORRUPÇÃO VIGENTES?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
O(A) SOLICITANTE UTILIZARÁ DA DOAÇÃO PARA QUALQUER FINALIDADE ILEGAL OU IMORAL?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
O(A) SOLICITANTE POSSUI PROGRAMA DE COMPLIANCE?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



O(A) SOLICITANTE CUMPRE COM TODAS AS NORMAS ANTICORRUPÇÃO VIGENTES?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
A DOAÇÃO SOLICITADA TEM ALGUMA RELAÇÃO DIRETA OU INDIRETA COM QUALQUER PODER PÚBLICO, CONTRATO PÚBLICO E/OU SERVIDOR PÚBLICO?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
A DOAÇÃO SOLICITADA É DESVINCULADA DE QUALQUER CONTRAPARTIDA DIRETA OU INDIRETA EM FAVOR DA SOLFARMA E/OU DE QUALQUER COLABORADOR DA SOLFARMA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

DECLARO, PARA OS FINS LEGAIS, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E QUE ESTOU CIENTE DE QUE A CONCESSÃO DA DOAÇÃO DEPENDERÁ DE APROVAÇÃO PRÉVIA DO COMITÊ DE COMPLIANCE, A SEU EXCLUSIVO CRITÉRIO.

LOCAL E DATA	
ASSINATURA	