



MINISTÉRIO DA DEFESA
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

ANEXO F
FORMULÁRIOS E DECLARAÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

Logo da Empresa

CARTA DE PREPOSIÇÃO

DADO DA CREDENCIADA	
CREDCIADA (OCS/PSA):	CNPJ/CPF:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:

Pela presente autorizamos o(a) Sr(a) _____ (nome completo) _____, (nacionalidade), (estado civil), RG nº _____ / (Órgão emissor), CPF nº _____ residente e domiciliado à _____ (endereço completo contendo logradouro, bloco, número, apto), bairro _____, município _____, Estado _____, a representar a Empresa _____, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede à _____ (endereço completo contendo logradouro, bloco, número, sala), bairro _____, município _____, Estado _____, na qualidade de preposto, perante o HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS (HFA), com responsabilidades para responder às solicitações e questionamentos realizados pelo HFA e realizar todos os atos visando o bom andamento e o fiel cumprimento dos Termos do Contrato de Credenciamento.

Brasília, DF. _____ de _____ de 20 ____.

Nome
Identidade
CPF

Representante legal da Empresa _____

Logo da Empresa

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ART. 7º DO DECRETO Nº 7.203/2010, QUE DISPÕE
SOBRE A VEDAÇÃO DO NEPOTISMO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL**

DADO DO CREDENCIADA	
CREENCIADA (OCS/PSA):	CNPJ/CPF:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:

Declaro que:

() Não possuo parente exercendo atividade funcional no Hospital das Forças Armadas.

() Posso parente exercendo atividade funcional no Hospital das Forças Armadas, conforme abaixo especificado:

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

Cargo/Função: _____

Brasília, _____ de _____ de 20__.

(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)

Logo da Empresa

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES

Razão Social: _____
Nome de Fantasia: _____
Telefones para contato: _____

DECLARAÇÃO DE FATOS SUPERVENIENTES

(Razão Social da empresa), inscrita no CNPJ sob o nº **(nº CNPJ)** sediada na **(endereço completo)**, declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, bem como estou ciente de que, se falsas, estarei infringindo o art. 876 do Código Civil e o art. 299 do Código Penal Brasileiro, ficando sujeito às sanções civis, administrativas e criminais.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Diretor _____

Identidade nº

CPF nº

Logo da Empresa

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ART. 7º, INCISO XXXIII DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL,
RELATIVA À TRABALHO DE MENORES**

Razão Social: _____
Nome de Fantasia: _____
Telefones para contato com o Setor de Recursos Humanos (RH): _____

DECLARAÇÃO SOBRE EXISTÊNCIA NA OCS DE TRABALHO DE MENOR DE IDADE

Eu, _____, Diretor(a) _____ do(a) _____, inscrito(a) no CNPJ sob o nº _____, sediado(a) a _____, declara, sob as penas da lei, em cumprimento ao disposto no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal, ao disposto no art. 1º da Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, bem como no inciso VI do art. 68 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que esta Organização Civil de Saúde **POSSUI (NÃO POSSUI)** em seu Quadro de Empregados menores de 18 anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como em qualquer trabalho menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos de idade.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, bem como estou ciente de que, se falsas, estarei infringindo o art. 876 do Código Civil e o art. 299 do Código Penal Brasileiro, ficando sujeito às sanções civis, administrativas e criminais.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura do representante Legal

Diretor(a) _____
Identidade nº _____
CPF nº _____

Logo da Empresa

**DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA OU NÃO DE SERVIDOR
PÚBLICO NO QUADRO SOCIETÁRIO DA OCS**

DADO DO CREDENCIADA	
CREDCIADA (OCS/PSA):	CNPJ/CPF:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:

Eu, _____, Diretor(a) _____ do(a) _____, inscrito(a) no CNPJ sob o nº _____, sediado(a) na _____ declara, sob as penas da lei, em cumprimento ao disposto no art. 9º, §1º, da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que **POSSUI (NÃO POSSUI)** no Quadro Funcional desta Organização Civil de Saúde, seja como funcionário(a), proprietário(a) ou diretor(a), qualquer servidor público, civil ou militar (da ativa, reconvocato ou Prestador de Tarefa por Tempo Certo).

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, bem como estou ciente de que, se falsas, estarei infringindo o art. 876 do Código Civil e o art. 299 do Código Penal Brasileiro, ficando sujeito às sanções civis, administrativas e criminais.

Brasília, DF. _____ de _____ de 20__.

Assinatura do representante Legal
Identidade
CPF

Diretor _____
Identidade nº
CPF nº

Observação: Caso possua servidor público (civil ou militar), como prestador de serviço formal ou não, relacionar nesta declaração, fazendo constar nome completo, posto/graduação/Referência Funcional, cargo/função, Identidade e CPF.

Logo da Empresa

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE TABELAS

DADO DA CREDENCIADA	
CREDCIADA (OCS/PSA):	CNPJ/CPF:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:

A(O) (Nome da empresa /profissional autônomo), estabelecida(o) no (a) (Endereço/Cidade/UF/CEP/Telefone), inscrita(o) no CNPJ/CPF sob o nº _____, declara(o) que aceita(o) as Tabelas de Preços, Índices e Valores propostos para a prestação dos serviços, conforme Edital nº ____/2023.

Brasília, DF. _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do representante legal
Identidade
CPF