



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete

CHECK-LIST DE HABILITAÇÃO

Edital: 005/2023-SESAI

Instituição: Instituto de IDESP

CNPJ: 04.565.625/0001-51

Propostas analisadas: 063505/2023 e 063507/2023.

Cumprimento dos Requisitos do item 4.3 e 6.2.3 do Edital:

Requisito	Sim	Não	Referência
Apresentou cópia estatuto ou contrato social registrado no cartório competente e suas alterações?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037308334 0037308335
Apresentou relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade com Cadastro de Pessoas Físicas - CPF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037308309
Apresentou escrituração Contábil Digital da entidade sem fins lucrativos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Possui certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos quanto a tributos federais, contribuições previdenciárias federais e dívida ativa da União?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037308323
Possui certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos no pagamento de contribuições para o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Possui certificado de regularidade perante o poder público federal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Possui certificado de regularidade na prestação de contas de recursos federais?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Apresentou declaração de capacidade gerencial, operacional e técnica para desenvolver as atividades, nos termos do Anexo XL?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Apresentou declaração de não ocorrência de impeditivos, nos termos do Anexo XLI?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Apresentou declaração de ciência e concordância, nos termos do Anexo XLII?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Apresentou Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) válido, emitido pelo Ministério da Saúde?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Comprovou efetivo exercício, durante os últimos três anos, de atividades relacionadas à matéria objeto da parceria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037308317 0037308318 0037308320
Situação da Habilitação: Não habilitada.			

Brasília, 17 de novembro de 2023.

YUNA KARELY MELO LOPES
Presidente da Comissão de Seleção
<assinado eletronicamente>

ANTÔNIO FERNANDO DA SILVA
Membro da Comissão de Seleção
<assinado eletronicamente>

FERNANDA VALENTIM CONDE DE C'ASTRO FRADE
Membro da Comissão de Seleção
<assinado eletronicamente>

LUCAS ALVES DA NÓBREGA ALBERTO DANTAS
Membro da Comissão de Seleção
<assinado eletronicamente>

NELSON SOARES FILHO
Membro da Comissão de Seleção
<assinado eletronicamente>

RÔMULO HENRIQUE DA CRUZ
Membro da Comissão de Seleção
<assinado eletronicamente>