



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
POLICLÍNICA MILITAR DE PORTO ALEGRE

ANEXO O

DECLARAÇÃO SOBRE A INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

(Razão Social da OCS ou nome do PSA) _____

_____ inscrito(a)
no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o nº (CNPJ- OCS) ou no Cadastro de Pessoas Físicas
(CPF- PSA) _____ sediada na (endereço completo rua/av., bairro,
CEP, _____ município, _____ estado) _____

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.

_____ - RS, ____ de _____ de 20____
(Cidade)

(Nome completo e assinatura do representante legal da OCS ou do PSA)