



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
POLICLÍNICA MILITAR DE PORTO ALEGRE



ANEXO P

DECLARAÇÃO SOBRE A AUSÊNCIA DE SERVIDOR CIVIL OU MILITAR NO QUADRO FUNCIONAL DA CREDENCIADA

(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, de que não há em seu quadro funcional (como funcionários, proprietários ou diretores), qualquer servidor da CREDENCIANTE, civil ou militar (da ativa, reconvocados ou prestadores de tarefa por tempo certo), conforme o paragrafo 1º do art. 9 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021

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

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