



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
POLICLÍNICA MILITAR DE PORTO ALEGRE

ANEXO R

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA COM O EDITAL

(Razão Social da OCS ou nome do PSA) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ inscrito(a)  
no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica / Cadastro de Pessoa Física sob o nº (CNPJ/CPF)  
\_\_\_\_\_ sediada na (endereço completo rua/av., bairro,  
CEP, município, estado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DECLARA, sob as penas da Lei, de que está ciente das condições contidas no **Edital de Credenciamento 01/2024 da Policlínica Militar de Porto Alegre** e seus anexos, bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação nele definidos e que concorda com os mesmos, de acordo com o que é estabelecido na Instrução Normativa SEGES/ME nº 98, de 26 de dezembro de 2022.

\_\_\_\_\_ - RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_  
(Cidade)

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