



MINISTÉRIO DA DEFESA  
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

**ANEXO H**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE TABELAS**

DADOS DA CREDENCIADA	
CRENCIADA (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 03/2024.

Brasília, DF, de de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal  
CPF