



MINISTÉRIO DA DEFESA
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

ANEXO D

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ART. 7º DO DECRETO Nº 7.203/2010, QUE DISPÕE SOBRE A VEDAÇÃO DO NEPOTISMO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL

DADOS DA CREDENCIADA	
CREENCIADA (OCS/PSA):	CNPJ/CPF:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:

Declaro que:

- Não possuo parente exercendo atividade funcional no Hospital das Forças Armadas.
- Possuo parente exercendo atividade funcional no Hospital das Forças Armadas, conforme abaixo especificado:

Nome: _____
Grau de Parentesco: _____
Cargo/Função: _____

Brasília, de de 20__.

(Nome completo, identidade e assinatura do Representante Legal)