



MINISTÉRIO DA DEFESA
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

ANEXO G

**DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA OU NÃO DE SERVIDOR
PÚBLICO NO QUADRO SOCIETÁRIO DA OCS**

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

Eu, _____, Diretor(a) _____ do(a) _____, inscrito(a) no CNPJ sob o nº _____, sediado(a) na _____ declara, sob as penas da Lei 14.133 de 2021, que **POSSUI (NÃO POSSUI)** no Quadro Funcional desta Organização Civil de Saúde, seja como funcionário(a), proprietário(a) ou diretor(a), qualquer servidor público, civil ou militar (da ativa, reconvocato ou Prestador de Tarefa por Tempo Certo).

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, bem como estou ciente de que, se falsas, estarei infringindo o art. 876 do Código Civil e o art. 299 do Código Penal Brasileiro, ficando sujeito às sanções civis, administrativas e criminais.

Brasília, DF, de de 20__.

Assinatura do representante Legal
Identidade
CPF

Diretor _____
Identidade nº
CPF nº

Observação: Caso possua servidor público (civil ou militar), como prestador de serviço formal ou não, relacionar nesta declaração, fazendo constar nome completo, posto/graduação/Referência Funcional, cargo/função, Identidade e CPF.