



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete

CHECK-LIST DE HABILITAÇÃO

**Edital:** 005/2023-SESAI

**Instituição:** Associação Pro-Saúde de Clevelândia

**CNPJ:** 25.066.410/0001-66

**Proposta analisada:** 063713/2023

Cumprimento dos Requisitos do item 4.3 e 6.2.3 do Edital:

Requisito	Sim	Não	Referência
Apresentou cópia estatuto ou contrato social registrado no cartório competente e suas alterações?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306031
Apresentou relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade com Cadastro de Pessoas Físicas - CPF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306031
Apresentou escrituração Contábil Digital da entidade sem fins lucrativos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306038
Possui certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos quanto a tributos federais, contribuições previdenciárias federais e dívida ativa da União?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306045
Possui certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos no pagamento de contribuições para o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306046
Possui certificado de regularidade perante o poder público federal?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306039
Possui certificado de regularidade na prestação de contas de recursos federais?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306051
Apresentou declaração de capacidade gerencial, operacional e técnica para desenvolver as atividades, nos termos do Anexo XL?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306077
Apresentou declaração de não ocorrência de impeditivos, nos termos do Anexo XLI?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306073
Apresentou declaração de ciência e concordância, nos termos do Anexo XLII?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306071

Apresentou Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) válido, emitido pelo Ministério da Saúde?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306040
Comprovou efetivo exercício, durante os últimos três anos, de atividades relacionadas à matéria objeto da parceria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0037306084
<b>Situação da Habilitação:</b> Habilitada			

Brasília, 17 de novembro de 2023.

**YUNA KARELY MELO LOPES**  
Presidente da Comissão de Seleção  
*<assinado eletronicamente>*

**ANTÔNIO FERNANDO DA SILVA**  
Membro da Comissão de Seleção  
*<assinado eletronicamente>*

**FERNANDA VALENTIM CONDE DE C'ASTRO FRADE**  
Membro da Comissão de Seleção  
*<assinado eletronicamente>*

**LUCAS ALVES DA NÓBREGA ALBERTO DANTAS**  
Membro da Comissão de Seleção  
*<assinado eletronicamente>*

**NELSON SOARES FILHO**  
Membro da Comissão de Seleção  
*<assinado eletronicamente>*

**RÔMULO HENRIQUE DA CRUZ**  
Membro da Comissão de Seleção  
*<assinado eletronicamente>*