

REQUERIMENTO PARA DESCONTO DE 50%

RAZÃO SOCIAL

AVISO: Depois de preenchido, este formulário deverá ser encaminhado com cópia da última alteração contratual a sede do CREMESE até o dia 28/02/2011.

CNPJ

E-MAIL

ENDEREÇO

BAIRRO

CEP

TEL

CORPO CLÍNICO (Se o quantitativo exceder o espaço abaixo, deverá encaminhar relação em apartado)

NOME	CRM

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de prova junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, que a Pessoa Jurídica qualificada acima se enquadra nas exigências especificadas no artigo 5º da **RESOLUÇÃO CFM 1.954/2010**, ou seja, a pessoa jurídica acima é composta por, _____ sócio (os), sendo um deles médico legalmente inscrito no CREMESE, é constituída exclusivamente para a execução de consultas médicas em seu próprio consultório sem a realização de exames complementares para diagnósticos, não mantendo contratação de serviços médicos a serem prestados por terceiros e ainda, que o nosso corpo clínico, sócio (os) e responsável técnico, não possuem débitos de taxas e anuidades anteriores.

Eu, _____ inscrito(a) no CRM/SE sob número _____, responsável técnico pela referida empresa assumo toda e qualquer responsabilidade sobre tudo que fora declarado acima e estou ciente que após o deferimento deste terei que efetuar o pagamento até **31/03/2011** sob pena de preclusão do direito.

RESPONSÁVEL TÉCNICO
CRM Nº _____