

REQUERIMENTO PARA DESCONTO DE 50%

RAZÃO SOCIAL			
CRM/PJ		DATA ULTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL	----/----/-----
Email (obrigatório):			
<u>NOME DOS SÓCIOS</u>			<u>CRM</u>
<u>RELAÇÃO DO CORPO CLINICO</u>			<u>CRM</u>
<u>RESPONSÁVEL TÉCNICO</u>			<u>CRM</u>
<u>PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS</u>			<u>CRM</u>

Anexar cópia da ultima alteração contratual

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de prova junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, que a Pessoa Jurídica: _____

_____ inscrita no CRM/PJ sob número _____, se enquadra nas exigências especificadas no artigo **5º da RESOLUÇÃO CFM 2000/2012**, ou seja, a pessoa jurídica acima é composta por, _____ sócio (os), sendo um deles médico legalmente inscrito no CREMSE. É constituída exclusivamente para a execução de consultas médicas sem a realização de exames complementares para diagnósticos; nosso capital social é igual ou inferior a R\$50.000,00, não possuímos filiais, não mantemos contratação de serviços médicos a serem prestados por terceiros e ainda o(s) sócio(s) e responsável técnico, não possuem débitos de taxas e/ou 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.

Comprometo-me em comparecer a partir do dia 15/01/2013 ao dia 31/01/2013 para retirar meu boleto e paga-lo até o dia 31/01/2013 sob pena da perda do desconto, resultando no pagamento integral da anuidade.

RESPONSÁVEL TÉCNICO
CRM Nº _____