DECLARAÇÃO

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico(a) inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins sob o CRM-TO nº\_\_\_\_\_ e no exercício de minha função de Diretor(a) Técnico(a) da Pessoa Jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com endereço na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita com CRM-TO/PJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para fins de obtenção de desconto de 50% (cinquenta por cento)sob a anuidade de ***2017***, que se enquadra nos termos exigidos no ***artigo 13 da RESOLUÇÃO CFM nº 2.150/2016,*** bem como atende os requisitos exigidos pela ***Resolução CFM 2010/2013,*** abaixo relacionados:

1. **Está na primeira faixa de capital social;**
2. **Não possui filiais;**
3. **É constituída exclusivamente para execução de consultas médicas realizadas em seu próprio consultório, sem a ocorrência de exames complementares para diagnóstico;**
4. **Não mantém contratação de serviços médicos a serem prestados por terceiros.**

 Assumo a inteira responsabilidade, sujeitando-me as medidas administrativas cabíveis caso seja constatada a falsidade das informações declaradas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2017.

 (Local e Data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura
CRM-TO nº\_\_\_\_\_