

# 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 80% (oitenta por cento) sob a anuidade de \_\_\_\_\_,  
que se enquadra nos termos exigidos na **RESOLUÇÃO CFM nº \_\_\_\_\_**,  
bem como atende os requisitos exigidos pela **Resolução CFM  
2010/2013**, abaixo relacionados:

- I. **Está na primeira faixa de capital social;**
- II. **Não possui filiais;**
- III. **É constituída exclusivamente para execução de consultas médicas realizadas em seu próprio consultório, sem a ocorrência de exames complementares para diagnóstico;**
- IV. **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.

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

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

CRM-TO nº \_\_\_\_\_