

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS EM/A TERCEIROS

A _____ Pessoa _____ Jurídica
aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa _____, CNPJ n° _____
_____, neste ato representada por seu Diretor Técnico
_____, CRM _____, declara para os devidos fins que:

- () São realizadas atividades em/a terceiros .
- () Não são realizadas atividades em/a terceiros.
- **OBS: Terceiro é a pessoa jurídica que contrata serviços da instituição em análise**

Em caso de resposta positiva, informar aqui RAZÃO SOCIAL, CNPJ e a (s) atividade (s) médica (s) realizada (s) no terceiro.

Observação Importante: Junto a esta declaração, anexar declaração assinada pelo Diretor Técnico do terceiro com as especificações das atividades realizadas pessoa jurídica em análise, **OU** cópia do contrato de prestação de serviços (Opcional)

Assinatura e nome legível com carimbo do DT