**DECLARAÇÃO**

**DE SERVIÇOS MÉDICOS INSCRITOS**

Eu, Dr. XXXXXXXXXX, Diretor Técnico da Pessoa Jurídica (RAZÃO SOCIAL), CNPJ XXXX, firmo a presente declaração em cumprimento à Resolução CRM-MT 07/2019, para indicar as atividades médicas que são realizadas pela Pessoa Jurídica:

|  |  |
| --- | --- |
| CNAE | Descrição das Atividades |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**XXXXX, DATA/MÊS/ANO**

**DIRETOR TÉCNICO – CRM/MT Nº**