

ANEXO I

DECLARAÇÃO

A **CLÍNICA** _____, credenciada (a) no Município de _____, sob o Código _____, CNPJ nº _____, neste ato representada pelo seu proprietário (ou sócio) _____, RG nº _____ e CPF nº _____, declara que possui _____ profissionais em efetivo atendimento durante o seu horário de funcionamento.
Endereço da Clínica: _____.
Dias e horários do atendimento: _____.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, ficando responsável pela veracidade das afirmações aqui prestadas nas esferas civil, administrativa e criminal, para que surtam seus efeitos legais.

_____ -MT, _____ de _____ de 2019.

Assinatura