



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMAM
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS

Ilmo (a). Sr (a). Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas.

A empresa _____ inscrita neste Conselho sob nº _____ e com designação de fantasia _____ inscrita no CNPJ sob o nº _____ inscrição Estadual e/ou Municipal _____ situada a _____ Bairro _____ na Cidade de _____, CEP.: _____ Telefones (____) _____, (____) _____, e-mail.: _____, Estado do Amazonas, vem através de seu Responsável Técnico Dr (a). _____ CRM nº _____ de acordo com o disposto no Manual de Procedimentos Administrativos do Conselho Federal de Medicina, requerer:

() **Desconto de 80% da anuidade da pessoa jurídica.**

N. Termos

P. Deferimento

Manaus, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do **Responsável Técnico** + Carimbo com o nº do CRM)