**ANEXO IX**

**CREDENCIAMENTO Nº \_\_\_/\_\_\_\_\_**

**DISPENSA DO ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA E/OU DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com registro no CRM n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profissão, responsável pela empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com CNPJ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas da Lei que a Empresa não possui o **ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA ( ) E/OU O CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES ( )**, pois tem como atividade principal a **prestação de serviços** em Atividade Médica Restrita a Consultas e executará seus serviços exclusivamente em estabelecimentos de terceiros, tais como hospitais, clínicas de terceiros, postos de saúde, etc., ficando desta forma, dispensado de apresentação do(s) documento(s)**.**

(CIDADE), (dia), (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELA EMPRESA SOLICITANTE**

**(assinatura, nome do solicitante e carimbo da empresa)**