



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**)