

MODELO DE DECLARAÇÃO

Eu, **NOME** , inscrito no CRM/UF sob o n.º e no CPF sob o n.º ,
portador da Carteira de Identidade n.º , declaro que o(a) Dr.(a) **NOME**, inscrito
no CRM/UF sob o n.º e no CPF sob o n.º , portador da Carteira de
Identidade n.º ,exerce atividades na especialidade de Otorrinolaringologia
desde ____/____/_____, realizando consultas, procedimentos ambulatoriais e
cirúrgicos pertinentes à especialidade.

Local, ____ de _____ de 2021.

Assinatura com firma reconhecida de um associado
com Título de Especialista pela AMB/MEC