**DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE INSTALADA DE ATENDIMENTO**

A empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reconhecida pelo Conselho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Senhor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARA** para os devidos fins, de que possuímos a estrutura física, equipamentos e pessoal técnico especializados para atender a seguinte quantidade diária de consultas e/ou procedimentos cirúrgicos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Consultas/Procedimentos Cirúrgicos** | **Quantidade Dia** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- SC, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

**Nome/carimbo e assinatura do responsável**

*Obs.: Esta Declaração deverá ser preenchida e impressa em papel timbrado da empresa*