

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO, nacionalidade, profissão, estado civil, portador da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, domiciliado em \_\_\_\_\_, residente na Rua \_\_\_\_\_ (endereço completo).

RAZÃO SOCIAL DA INSTITUIÇÃO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, com foro em \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_ (endereço completo).

Declaro, para os devidos fins de direito, ser o responsável legal da sociedade/associação antes descrita, nos termos do contrato/estatuto social devidamente registrado no(a) (XX Cartório ou Junta Comercial de XXX), estando ciente de que responderei, civil e penalmente, por qualquer informação que não condiga com a verdade, devendo informar o COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – CBR sobre qualquer alteração feita na mesma referida sociedade/associação, que venha a alterar os termos da relação havida entre as partes contratantes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**