

**FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO
CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO**

Nome do Requerente:

Inscrição CRO-AM: _____.

Senhor (a) Presidente,

Em atenção a Consolidação das Normas para Procedimentos em Conselhos de Odontologia, venho através do presente requerer a V.Sa. o **CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO** como **CD**() **ASB**() **TSB**() **TPD**() **APD**(), inscrito (a) sob o número CRO-AM _____, por motivo de:

- () **Aposentadoria**
() **Encerramento de atividade profissional**
() **Falecimento** _____ CROAM _____
() **Mudança de Categoria**
() **Mudança de País**
() **Outros:** _____

_____.

Declaro ainda, para fins de cancelamento junto ao Conselho Regional de Odontologia estar () **QUITE** / () **EM DIA** (cumprindo parcelamento) com a tesouraria e não desenvolver nenhuma atividade remunerada a partir da presente data conforme estabelece o art. 6º da Resolução CFO 63/2005, estando ciente também das penalidades condicionadas na referida resolução em caso de exercício profissional sem registro devidamente ativo junto ao Regional:

Art. 6º. Está obrigado a registro e inscrição o cirurgião-dentista no desempenho:

- a) de sua atividade na condição de autônomo;*
b) de cargo, função ou emprego público, civil ou militar, da administração direta ou indireta, de âmbito federal, estadual ou municipal, para cuja nomeação, designação, contratação, posse e exercício seja exigida ou necessária a condição de profissional da Odontologia;
c) do magistério, quando o exercício decorra de seu diploma de cirurgião-dentista; e,
d) de qualquer outra atividade, através de vínculo empregatício ou não, para cujo exercício seja indispensável a condição de cirurgião-dentista ou de graduado de nível superior, desde que, neste caso, somente possua aquela qualificação.

Diante ao exposto, pede-se o deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional/Responsável

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP _____

Telefone: _____

E-mail: _____