

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO

DESLIGAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Inscrição CRO-AM-EPAO: _____

Senhor (a) Presidente,

Em atenção a Consolidação das Normas para Procedimentos em Conselhos de Odontologia, vimos através do presente requerer a V.Sa. o **desligamento da responsabilidade Técnica** do (a) Cirurgiã(o)-Dentista _____, inscrito (a) sob o número CRO-AM _____, a partir da presente data. Declaramos ainda, que a Empresa está ciente quanto ao prazo para apresentação do novo responsável, bem como, as penalidades de cancelamento/suspensão do registro da entidade condicionadas no § 4º da referida resolução:

“No caso de afastamento do cirurgião-dentista responsável técnico, o mesmo deverá ser imediatamente substituído, e essa alteração enviada em nome da empresa, acompanhada de declaração do novo responsável técnico, dentro de 30 (trinta) dias, ao Conselho Regional, sob pena de cancelamento da inscrição da entidade”.

Diante ao exposto, encaminha-se em anexo termo de desligamento devidamente assinado pelos interessados para deferimento neste Conselho Regional.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Proprietário/Responsável Administrativo

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP _____

Telefone: _____

E-mail: _____

TERMO DESLIGAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

(Todos os campos devem ser obrigatoriamente preenchidos, sob pena de não protocolização do pedido de registro/inscrição)

Conforme determina o art. 90, parágrafo 5º da CNPCO – Consolidação das Normas Para Procedimentos em Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO-63/2005, a Pessoa Jurídica de nome empresarial: _____, inscrita no CRO-AM sob EPAO - N° _____, notifica o desligamento do (a) Cirurgião(o) –Dentista _____, inscrito (a) no CRO/AM sob nº _____, não sendo, portanto, mais responsável técnico por esta empresa, desde a data de ____/____/_____. Informa ainda que o (a) referido (a) Cirurgião (ã) Dentista () **permanece** () **não permanece** no corpo clínico da empresa. Segue abaixo a ciência aposta pelo profissional acerca desta notificação.

Assinatura do Proprietário da EPAO

Assinatura do Profissional

Declaramos, ainda, que estamos cientes da plenitude do art. 90 e seus parágrafos, principalmente quando dispõem:

“Art. 90. É obrigatória a existência, em quaisquer das entidades prestadoras de serviços, de um cirurgião-dentista como responsável técnico. (*Em caso se laboratório de prótese dentária, poderá ser um Técnico em Prótese Dentária ou um Cirurgião Dentista – art. 95, alínea c”)

§ 4º. No caso de afastamento do cirurgião-dentista responsável técnico, o mesmo deverá ser imediatamente substituído, e essa alteração enviada em nome da empresa, acompanhada de declaração do novo responsável técnico, dentro de 30 (trinta) dias, ao Conselho Regional, sob pena de cancelamento da inscrição da entidade.

§ 5º. será considerado desobrigado o cirurgião-dentista que comunicar, por escrito, ao Conselho Regional que deixou de ser responsável técnico pela entidade, desde que comprove ter dado ciência de seu afastamento à entidade da qual pretende desvincular sua responsabilidade técnica.

§ 6º. O não cumprimento do estabelecido no parágrafo anterior, implicará na continuidade da responsabilidade do cirurgião-dentista pelas infrações éticas cometidas pela entidade.

§ 7º. Admite-se, ainda, como exceção ao parágrafo 2º, acumulação de responsabilidade técnica, quando for entidade prestadora sujeita à administração direta ou indireta, Federal, Estadual ou Municipal”.

Sendo a expressão da verdade, firmamos o presente.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Proprietário da EPAO