

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

ILMO. SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
DE GOIÁS

Nº do Protocolo
Nº do Processo

Categoria Profissional: _____
Nome do Requerente: _____, inscrito
(a) nesse Conselho Regional sob o Nº. **CROGO** – _____ vem requerer a V. Sa.
que se digne conceder o cancelamento de sua inscrição nesse Conselho Regional, por
motivo de Encerramento da Atividade Profissional.

Declaro sob as penas da Lei que consumado o cancelamento de minha inscrição que ora
requero, não mais exercerei na jurisdição deste Conselho nenhuma atividade
profissional quer como autônomo (a), quer como empregado (a).

Nestes Termos,
Pede Deferimento

_____/_____/_____.

ASSINATURA

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA - RESIDENCIAL

Logradouro:		Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	MUNICIPIO		UF	CEP
TELEFONE		CEL		

Art.299 do Código penal Brasileiro: "Omitir, em documento público ou particular,
declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa da
que devia ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade
sobre fato relevante. PENA: - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é
público, e reclusão, de um a três anos, e multa se o documento é particular