



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
DE GOIÁS.

Categoria Profissional: CD () TSB () TPD () ASB () APD ()

Eu, _____
_____ inscrito (a) nesse Conselho Regional sob o nº. _____ venho requerer
o **CANCELAMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL** neste Conselho Regional, por
motivo de encerramento da atividade profissional.

Declaro sob as penas da lei que estou ciente que:

1. Consumado o cancelamento de minha inscrição que ora requeiro, não mais poderei exercer, na jurisdição deste Conselho, nenhuma atividade profissional quer como autônomo (a), quer como empregado (a);
2. Sou responsável pela destruição da minha cédula de identidade profissional;
3. Caso eu possua débitos terei que regularizar as pendências financeiras;
4. Devo realizar a baixa de RT, caso seja responsável técnico(a) por alguma EPAO / EPO / LB;
5. Devo realizar o cancelamento da inscrição secundária, se houver.

_____, ____/____/____

ASSINATURA

Dados atualizados:

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Telefone para contato: () _____ - _____