

**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: \_\_\_\_\_