

**CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE CD**

ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

Nº. DO PROTOCOLO

Eu 


CRO-DF Nº. \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, **não mais exercer minhas atividades profissionais como Cirurgião(ã)-Dentista**, razão pela qual solicito a este CRO-DF o **cancelamento** da minha inscrição, conforme prevê o artigo 157, alínea "b", da Resolução CFO-63/2005.

Declaro estar ciente de que, com o cancelamento da inscrição, cessa a autorização legal para o exercício da profissão. Assim, qualquer prestação de serviço após o protocolo do presente requerimento de cancelamento, será considerado exercício ilegal da Odontologia, podendo ser incurso nas penas do artigo 282 do Código Penal.

Profissional entrega: **Carteira Livreto** ( ) SIM ( ) NÃO / **Cédula** ( ) SIM ( ) NÃO

Solicita devolução da Carteira Livreto: ( ) SIM ( ) NÃO

Vem, ainda, requerer e/ou informar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nesses termos, peço deferimento.

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**\_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELEFONES: ( ) \_\_\_\_\_ | ( ) \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_