

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

<b>Nome Completo e/ou Razão Social:</b>		
<b>Identificação Profissional:</b> ( ) CD    ( ) TPD    ( ) APD    ( ) TSB    ( ) ASB ( ) Dental (EPO)    ( ) Laboratório (LB)    ( ) Clínica (EPAO)	<b>Nº de Registro:</b> _____	
<b>Telefone de Contato:</b> 1 - ( ) _____    2 - ( ) _____		
<b>E-mail de Contato:</b> 1 - _____ 2 - _____		

### MOTIVO DO CANCELAMENTO

- 1 - ( ) Aposentadoria por Invalidez                      2 - ( ) Encerramento da atividade profissional 3 -  
( ) Por motivo de falecimento                      4 - ( ) Outros. Justifique:

<b>Data da Solicitação:</b> ____/____/____	<b>Assinatura (s) do (s) solicitante (s):</b> _____ _____ _____
---	--

### OBSERVAÇÃO

- Os pedidos de cancelamento solicitados até o dia **31 de março** ficarão isentos da Anuidade do ano corrente;
- O profissional que estiver como Responsável Técnico por alguma EPAO, EPO ou LB, deverá primeiramente dar baixa na responsabilidade para solicitar o cancelamento de sua inscrição;
- Aos profissionais com inscrição principal neste Conselho Regional e Inscrição Secundária em outro estado deverá requerer primeiramente o cancelamento da SECUNDÁRIA e depois o da PRINCIPAL.

### CONTROLE INTERNO DO CRO-MT

<b>Data de Recebimento:</b> ____/____/____	<b>Recebido Por:</b> _____	<b>Protocolo nº</b> _____
---	-------------------------------	------------------------------

**OBSERVAÇÃO N° 1:** Caso opte pelo envio por e-mail, favor preencher devidamente, assinar (por extenso e/ou rúbrica, se possuir) o Formulário acima e enviá-lo digitalizado/escaneado, através de seu e-mail cadastrado conosco em algum dos seguintes endereços de e-mail do Setor de Cadastro do CRO-MT: cadastro@cromt.org.br (Cândida), cadastro1@cromt.org.br (Rafael) ou cadastro3@cromt.org.br (Raissa);

Assim que recebermos o documento citado nas condições acima descritas, daremos abertura no processo de solicitação de cancelamento de inscrição.

Assim que o referido processo for aprovado na Plenária mais próxima, lhe será comunicado o resultado pelo setor competente e sua inscrição será desativada em nosso sistema de dados.

**OBSERVAÇÃO N° 2: Caso opte pelo envio por Correspondência ou terceiros, favor preencher o Formulário acima e envia-lo conjuntamente com os outros documentos necessários;**

**OBSERVAÇÃO N° 2:** Conforme o Art. 157, § 4º, da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia (Aprovada pela Resolução CFO-63/2005), **em se tratando de cancelamento de inscrição de pessoa jurídica (Clínica/EPAO, Dental/EPO ou Laboratório/LB) por motivo de Encerramento da Atividade Profissional, o Formulário deverá ser assinado** (por extenso e/ou rúbrica, se possuir) **por todos os sócios e o Responsável Técnico;**

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO**  
**Rua 05, Quadra 12, Lote: 07,**  
**Setor: A - Centro Político Administrativo**  
**Cuiabá - MT - CEP 78049-035**  
**FONE: (65) 3644 - 2002**  
**GRATUITO: 0800 – 723– 2510 (Não atende ligação de telefone celular)**  
**cromt@cromt.org.br**