

FORMULÁRIO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE PARA MILITAR

Requerente:		
Endereço:		
Município/UF:		
Identificação Profissional: (<input type="checkbox"/>) CD (<input type="checkbox"/>) TSB (<input type="checkbox"/>) ASB (<input type="checkbox"/>) TPD APD (<input type="checkbox"/>)	Nº de Registro: _____	
Telefone de Contato: 1 - (<input type="text"/>) _____	2 - (<input type="text"/>) _____	

ISENÇÃO DA ANUIDADE

Venho através deste, requerer a V.Sa. a isenção da Anuidade de _____ por estar qualificado(a) como: () CD () TSB () ASB () TPD APD () Militar e não estar exercendo profissionalmente a Odontologia fora do âmbito das Forças Armadas, estando, portanto amparado pelo disposto no Art. 255 da Resolução CFO 63/2005 que isenta do pagamento da Anuidade o Cirurgião-Dentista, Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar em Saúde Bucal, Técnico em Prótese Dentária e o Auxiliar em Prótese Dentária que atua exclusivamente como militar, não exercendo atividade profissional na área civil.

Declaro estar ciente que em caso desligamento do serviço ativo das Forças Armadas deverei informar a este Conselho Regional o cancelamento da qualificação de Cirurgião-Dentista, de Técnico em Saúde Bucal, de Auxiliar em Saúde Bucal, de Técnico em Prótese Dentária ou de Auxiliar em Prótese Dentária Militar, bem como, vindo a exercer atividades privadas alheias às Forças Armadas, estarei sujeito às obrigações financeiras para com esta Autarquia referente à Anuidade.

Data da Solicitação: _____/_____/_____	Assinatura do Requerente: _____
--	---

OBSERVAÇÃO

1. Os pedidos de isenção de Anuidade para militares solicitados até o dia **31 de março** ficarão isentos da Anuidade do ano corrente;
2. Encaminhar junto a esta declaração o documento comprobatório, expedido pelas Forças Armadas.

CONTROLE INTERNO DO CRO-MT

Data de Recebimento: _____/_____/_____	Recebido Por: _____	Protocolo nº _____
--	-------------------------------	------------------------------

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 Cobrança do CRO-MT: financeiro1@cromt.org.br (Jéssica) ou financeiro2@cromt.org.br (Gabriela);

Além de tal Formulário, também é necessário o envio digitalizado/escaneado, através de e-mail, do Documento Comprobatório – expedido pelas Forças Armadas, conforme instruções acima descritas;

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;

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