



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Solicitante:		
Identificação Profissional:		Nº de Registro:
<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TPD <input type="checkbox"/> APD <input type="checkbox"/> TSB <input type="checkbox"/> ASB <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> EPAO		_____
Telefone de Contato: 1 - () _____ 2 - () _____		

MOTIVO DO CANCELAMENTO

1 - () Invalidez	3 - () Por motivo de falecimento
2 - () Encerramento de atividades profissionais	4 - () Outros. Justifique:
Data da Solicitação:	Assinatura do solicitante:
____/____/____	_____

OBSERVAÇÃO

1. Os pedidos de cancelamento solicitados até o dia **31 de março** ficarão isentos da anuidade do ano corrente;

2. 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;

3. 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

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

PARA VIZUALIZAR AS POSSÍVEIS FORMAS DE CONCLUIR O PROCEDIMENTO DE CANCELAMENTO DA SUA INSCRIÇÃO (FÍSICA OU JURÍDICA), FAVOR ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE CADASTRO PELO TELEFONE: (65) 3644-2002.