



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Solicitante:		
Identificação Profissional: () CD () TPD () APD () TSB () ASB () Clínica () Laboratório () EPAO	Nº de Registro: _____	
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.