

**Conselho Regional de Odontologia de Rondônia**

Rua Duque de Caxias,508,Caiari

Porto Velho-RO

Telefone: (69) 3221-1813

CRO-RO

PROCOLO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
PROCESSO CRO-RO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SECRETÁRIA DO CRO-RO

**REQUERIMENTO  
DESISTÊNCIA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA  
DE PESSOA JURÍDICA**

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do CRO-RO

Venho solicitar a desistência da Responsabilidade Técnica da Pessoa Jurídica abaixo.

REQUERENTE:

\* Inscrição no CRO-RO: \_\_\_\_\_

\* Nome: \_\_\_\_\_

\* Telefone ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

PESSOA JURÍDICA:

\* Inscrição no CRO-RO: \_\_\_\_\_

\* Razão Social: \_\_\_\_\_

\* CNPJ: \_\_\_\_\_

CATEGORIA:

( ) 2 - ENTIDADE PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

( ) 4 - LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA

( ) 10 - EMPRESA DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Informo que dei ciência junto a Pessoa Jurídica acima mencionada do meu desligamento da Responsabilidade Técnica e o não cumprimento desta comunicação, implicará na continuidade da minha responsabilidade, pelas infrações éticas cometidas pela entidade, conforme Resolução CFO 63/2005, em seu Art.90, § 6º.

Declaro para os devidos fins, que este requerimento só terá validade acompanhada dos documentos de ciência do desligamento da minha Responsabilidade Técnica, documento obrigatório necessário para esta requisição.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura