

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

| | | | |
|--|------------------------|--|-------|
| Nome Completo e/ou Razão Social: | | | |
| 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"/> Dental (EPO) <input type="checkbox"/> Laboratório (LB) <input type="checkbox"/> Clínica (EPAO) | _____ | | _____ |
| Telefone de Contato: 1 - () _____ 2 - () _____ | | | |
| E-mail de Contato: 1 - _____ | | | |
| 2 - _____ | | | |

MOTIVO DO CANCELAMENTO

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

| |
|--|
| |
| |
| |

| | |
|-----------------------------|---|
| Data da Solicitação: | Assinatura (s) do (s) solicitante (s): |
| ____/____/____ | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

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 |
| ____/____/____ | _____ | _____ |

OBSERVAÇÃO Nº 1: Caso opte pelo envio por e-mail, favor preencher devidamente, assinar (semelhante ao documento de identificação) 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);

Pedimos também que envie um documento de identificação digitalizado/escaneado (frente e verso - por exemplo: RG, Carteira Profissional do CRO-MT etc.) juntamente com o Formulário de Cancelamento, para fins de comparação da assinatura;

Assim que recebermos os documentos citados nas condições acima descritas, daremos abertura no processo de solicitação de cancelamento de inscrição. Quando 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 Nº 2: Caso opte pelo envio por Correspondência ou terceiros, favor preencher o Formulário acima e enviá-lo conjuntamente com os outros documentos necessários;

OBSERVAÇÃO Nº 3: Caso realize a entrega pessoalmente da documentação necessária (em nossa Sede Cuiabá ou em uma de nossas Delegacias Regionais – Rondonópolis, Sinop, Barra do Garças ou Tangará da Serra) é obrigatório estar portando as vias originais dos documentos. Caso não esteja em posse das vias originais dos documentos, apenas serão aceitas cópias autenticadas dos mesmos. Conforme Lei Federal nº 13.726/2018, em seu Art. 3º, “(...) é dispensada a exigência de: II – autenticação de cópia de documento, cabendo ao agente administrativo, mediante a comparação entre o original e a cópia, atestar a autenticidade;”.

OBSERVAÇÃO Nº 4: 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 (semelhante ao documento de identificação) por todos os sócios e o Responsável Técnico;

OBSERVAÇÃO Nº 5: Conforme dispõe o Art. 157 da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia (Aprovada pela Resolução CFO-63/2005), "o cancelamento de inscrição será efetuado nos seguintes casos":

(...) b) encerramento da atividade profissional;

(...) d) cassação do direito ao exercício profissional;

e) falecimento;

(...) § 2º. Será deferido o cancelamento da inscrição de pessoa física ou jurídica a qualquer tempo, ficando resguardado o direito do Conselho cobrar administrativamente ou judicialmente eventuais débitos existentes.

§ 3º. Fica liberado do pagamento da anuidade do exercício, a pessoa que requerer o cancelamento da inscrição até 31 de março, exceto para efeito de transferência.

§ 4º. O cancelamento da inscrição pelo motivo referido na alínea “b”, deverá ser requerido pelo interessado, instruído o pedido com uma declaração, sob as penas da lei, do encerramento da atividade profissional e, em se tratando de pessoa jurídica, declaração de todos os sócios e do responsável técnico.

§ 5º. Na ocorrência da hipótese mencionada na alínea “e”, o processamento será promovido por solicitação de qualquer pessoa, instruída com a certidão de óbito ou outro documento comprobatório.

§ 6º. Em caso de falecimento do profissional, seus herdeiros e sucessores ficam isentos de recolher à Autarquia os débitos não liquidados pelo mesmo.

§ 7º. Nas aposentadorias por invalidez, ficarão automaticamente cancelados os débitos existentes, a partir da data do início da enfermidade, devidamente comprovada.

§ 8º. Quando se tratar de inscrição secundária, o cancelamento deverá ser feito pelo Conselho Regional que a conceder.

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