

## CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

Para cancelar a inscrição neste Regional, o profissional deverá fazer a formalização da solicitação, da seguinte forma:

- Imprimir e preencher o Anexo I (folha 2), inserir a data e assinar;
- Encaminhar juntamente com o formulário, a cópia de sua identidade civil frente e verso (RG ou CNH).

### Formas de Envio

#### Correios:

Avenida Paulista, 688 – Térreo – Bela Vista – São Paulo/SP CEP 01310-909

Sugerimos encaminhar com Aviso de Recebimento (A.R.) para comprovar nosso recebimento.

#### E-mail:

[cancelamento.pf@crops.org.br](mailto:cancelamento.pf@crops.org.br)

Digitalizar o pedido e a identidade civil (frente e verso) e encaminhar para o e-mail acima. Sendo deferido o pedido, iremos responder ao e-mail com o protocolo do cancelamento, deverá guardá-lo para fins de comprovação do pedido. Caso não receba esse protocolo dentro de 10 dias úteis, deve solicitar.

#### Presencialmente:

Agende seu atendimento em: [www.crops.org.br/crospatende](http://www.crops.org.br/crospatende) e escolha o melhor local, dia e horário para protocolar presencialmente seu pedido de cancelamento.

### Conforme Resolução CFO 63/2005, art. 157:

*§ 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.*

**Prazo para concretização do serviço:** 10 (dez) dias úteis.

## SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Ilmo Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo.

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito sob. Categoria de \_\_\_\_\_ e número \_\_\_\_\_ venho requerer  
o CANCELAMENTO DO MEU REGISTRO PROFISSIONAL pelo motivo de:

\_\_\_\_\_.

### Declaro que estou ciente que:

1. Débitos em aberto não serão isentos, e caso eu possua débitos terei que entrar em contato com a cobrança deste Conselho a fim de regularizar;
2. O cancelamento não será efetivado caso eu seja responsável técnico(a) por alguma Clínica/Laboratório ou Comercializadora ou caso eu tenha inscrição secundária em outro Regional, e terei que primeiro realizar a baixa de RT ou cancelamento da inscrição secundária;
3. Sou responsável pela destruição da minha cédula de identidade profissional. E com o registro cancelado, não poderei exercer a profissão, mesmo que de forma eventual.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

### Dados atualizados

Endereço

Av/Rua/Logradouro: \_\_\_\_\_

nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_