



AL

CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA
DE ALAGOAS



CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA JURÍDICA ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES

Entidade: _____

CNPJ: _____

Informa ter encerrado suas atividades odontológicas, razão pela qual, solicita a este CRO/AL, o cancelamento da inscrição, conforme prevê o Artigo 157, alínea “b” da Resolução-CFO 63/2005.

Documentos Necessários ao Cancelamento da Inscrição:

Marcar o que foi anexado

1. () Certificado original fornecido pelo CRO/AL
2. () **OU** Declaração de extravio do documento acima, acompanhado do registro do extravio na autoridade policial
3. () documento que comprove o encerramento das atividades:

Declaro, ainda, estar ciente de que:

Com o cancelamento da inscrição cessa a autorização legal para o exercício da Odontologia, assim, qualquer prestação de serviço após o protocolo do presente requerimento de cancelamento, **ensejará comunicação ao Ministério Público para as providências cabíveis, por infração ao previsto no Art. 13 da Lei 4.324/64 e Art. 1º da Lei 6839/80.**

Ciente _____.

Nesses Termos, Peço Deferimento.

Maceio-AL, / / 2025.

Assinatura do Representante da Entidade



AL

CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA
DE ALAGOAS



PARA USO DO CRO/AL

O Requerente anexou

- Certificado
- Declaração de Extravio do certificado
- Distrato social
- Certidão de Baixa de Inscrição no CNPJ**
- Documento que comprove o encerramento de atividades

- Não anexou documentos***

Assinatura do Funcionário do CRO/AL