

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA POR FALECIMENTO

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

- Apresentar a Certidão de Óbito do profissional.

FORMAS DE ENVIO

Correios: Rua Manaus, nº. 467, Residencial Iolanda – CEP: 69.918-880 – Rio Branco-AC.

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

E-mail: croac@croac.org.br

Digitalizar a certidão de óbito e encaminhar para o e-mail acima. Iremos responder o e-mail informando a data do cancelamento. Caso não receba esse protocolo dentro de 15 (quinze) dias, deve solicitar.

Presencialmente: Agende seu atendimento pelo telefone (68) 3224-7976 ou WhatsApp (68) 99911-3356 para protocolar seu pedido de cancelamento.

Conforme Resolução CFO 63/2005, art. 157:

Art. 157. O cancelamento de inscrição será efetuado nos seguintes casos:

(...)

e) falecimento;

§ 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.

Prazo previsto: 30 (trinta) dias.

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA POR ENCERRAMENTO DE ATIVIDADE

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

- Imprimir e preencher a solicitação de cancelamento de inscrição de pessoa física anexa;
- Encaminhar, juntamente com a solicitação, a cópia de sua identidade civil frente e verso;

FORMAS DE ENVIO

Correios: Rua Manaus, nº. 467, Residencial Iolanda – CEP: 69.918-880 – Rio Branco-AC.

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

E-mail: croac@croac.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 o e-mail informando a data do cancelamento. Caso não receba esse protocolo dentro de 30 (trinta) dias, deve solicitar.

Presencialmente: Agende seu atendimento pelo telefone (68) 3224-7976 ou WhatsApp (68) 99911-3356 para protocolar 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 previsto: 30 (trinta) dias.

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Ilmo Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Acre.

Eu, _____,
inscrito no CRO/AC sob o nº. _____, 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 entrarei em contato com o CRO/AC 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.

_____, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura)

Dados atualizados:

Endereço: _____

nº. _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone (s): _____

E-mail: _____