



REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO TEMPORÁRIA

Data: _____ de _____ de 20__.
Cidade/UF: _____ / _____.

Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, abaixo seguem meus dados pessoais, pois venho requerer a **SUSPENSÃO TEMPORÁRIA** da minha inscrição:

CATEGORIA:	
Nº DE INSCRIÇÃO:	
NOME:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	<input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> CARGO ELETIVO <input type="checkbox"/> ESTUDO NO EXTERIOR

Nessa oportunidade, **DECLARO** estar ciente das seguintes informações (**LEIA COM ATENÇÃO**):

1. Só serão acatadas as solicitações com a documentação completa e todos os dados devidamente preenchidos;
2. Documentações em outro idioma deverão ser apresentadas com a tradução;
3. O acompanhamento do pedido, inclusive quanto a eventual pendência e arquivamento, deverá ser feito exclusivamente pelos **Serviços On-line e pelo e-mail**;
4. Caso existam pendências, a não resolução destas no prazo concedido **implicará no indeferimento e arquivamento do pedido**;
5. A documentação apresentada é de responsabilidade do solicitante e se presume verdadeira, **sendo que em caso de constatação de falsidade serão tomadas as medidas civis, penais e administrativas cabíveis**.

Nestes termos, pede deferimento.

Requerente

Assinatura de próprio punho, conforme documento de identidade.