



## 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 por completo o Anexo I (folha 2), inserir a data e assinar manualmente.

### **Formas de Envio**

#### **Serviços Online:**

Acessar o link: <https://cro-sp.implanta.net.br/servicosOnline/>

Ir em: Requerimentos > Solicitação de cancelamento

Deverá anexar a solicitação com o documento de identidade civil.

#### **Presencialmente:**

Agende seu atendimento em: [www.crosp.org.br/crospatende](http://www.crosp.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\_\_\_\_.  
(inserir local e data)

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 ou Serviços Online <https://cro-sp.implanta.net.br/servicosonline/> 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.

\_\_\_\_\_  
(Assinar conforme documento de identidade apresentado)

### Dados atualizados

Endereço

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

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

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

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