

Ao (a) Ilmo. (a) Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Amazonas

Declaração Militar

Eu _____ CRO: _____, venho através do presente requer a V.Sa. isenção da anuidade de _____ por estar qualificado (a) como _____ Militar e não estar exercendo profissionalmente a odontologia fora do âmbito das Forças Armadas, estando, portando amparado pelo disposto no Art. 255 da Resolução CFO 63/2005 que isenta do pagamento da anuidade o Cirurgião-Dentista, o Técnico em Saúde Bucal e o Auxiliar em Saúde Bucal que atua exclusivamente como militar, não exercendo atividade profissional na área civil.

Declaro estar ciente de que caso me desligue do serviço ativo das Forças Armadas deverei informar a este Conselho Regional o cancelamento da qualificação de Cirurgião-Dentista, Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar em Saúde Bucal Militar e/ou Técnico em Prótese Dentária, bem como, vindo a exercer atividades privadas alheias às forças armadas, estarei sujeito (a) as obrigações financeiras para com esta autarquia referente à anuidade.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Profissional

CRO- _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: _____

E-mail: _____