

****

TERMO DE INATIVIDADE PROFISSIONAL

# Ilmo(a). Sr(a) Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Maranhão.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(nome completo em letra de forma)

venho, junto ao Conselho Regional de Odontologia do Maranhão, declarar, para efeito de **cancelamento de inscrição no CRO-MA**, que não exerço mais a atividade profissional de EPAO ( ) CD ( ) TSB ( ) TPD ( ) ASB ( ) APD ( ), tanto no serviço público como no privado.

São Luís, MA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Profissional CRO-MA Nº