



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

(nome completo e em letra de forma)

inscrito(a) sob o RG _____ UF _____,

CPF _____, vem perante V.Sa. solicitar a ADMISSÃO ()

ou o DESLIGAMENTO () de **Responsabilidade Administrativa** () **Técnica** () da

Clínica Odontológica ou Radiológica () Laboratório de Prótese Dentária () Dental (),

registrada sob o CNPJ _____ e/ou CRO-MA _____,

situada à _____

Por ser expressão da verdade, assino o presente documento.

São Luís, MA ____/____/____

Responsável Técnico CRO-MA Nº ou Responsável Administrativo