

EXMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO MARANHÃO

ADMISSÃO - RESPONSABILIDADE TÉCNICA

EPAO () EPO () LB ()

Eu _____
profissional inscrito sob a cédula de identidade RG:
_____ ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF: _____,
CPF: _____ e neste Regional sob o CRO-MA
_____, venho perante V.Exa. requerer **ADMISSÃO** de
responsabilidade técnica da Entidade Prestadora de Assistência
Odontológica inscrita sob o CNPJ: _____
situada à _____

Por ser expressão da verdade, assinamos o presente.

Requerente_____
Proprietário / Sócio-Proprietário

_____ de _____ 202_____