

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\_\_\_\_\_