

Declaração
Baixa Atuação Exclusivamente como Militar

Ao (a) Ilmo. (a) Presidente do Conselho Regional de Odontologia da Paraíba,

Eu, _____ CRO-PB: _____,
venho informar a este Conselho Regional o cancelamento da qualificação de []Cirurgião(ã)-
Dentista Militar | []Técnico em Saúde Bucal Militar | []Auxiliar em Saúde Bucal Militar |
[]Técnico em Prótese Dentária, bem como, voltando a exercer atividade profissional na área civil,
estou ciente que possuo obrigações financeiras para com esta autarquia referente à anuidade.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional
CRO-PB _____