

Declaração Atuação Exclusivamente como Militar

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

Eu, _____ CRO-PB:
_____, venho através do presente requer a V.Sa. isenção da anuidade de
_____ por estar qualificado (a) como _____ Militar e
não estar exercendo profissionalmente a odontologia fora do âmbito das Forças Armadas,
estando, portando amparado pelo disposto no Art. 255 da Resolução CFO 63/2005 que isenta
do pagamento da anuidade o Cirurgião-Dentista, o Técnico em Saúde Bucal e o Auxiliar em
Saúde Bucal que atua exclusivamente como militar, não exercendo atividade profissional na
área civil.

Declaro estar ciente de que caso me desligue do serviço ativo das Forças Armadas
deverei informar a este Conselho Regional o cancelamento da qualificação de Cirurgião-
Dentista, Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar em Saúde Bucal Militar e/ou Técnico em Prótese
Dentaria, bem como, vindo a exercer atividades privadas alheias às forças armadas, estarei
sujeito (a) as obrigações financeiras para com esta autarquia referente à anuidade.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional
CRO-PB _____