

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA ENTIDADE PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Eu \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, carteira de identidade n.º \_\_\_\_\_, expedida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, venho por meio desta, DECLARAR que a partir desta data, passo a assumir a Responsabilidade Administrativa da Entidade Prestadora de Assistência Odontológica \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ n. \_\_\_\_\_, situada a \_\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_, Rondônia.

Comprometo-me a apresentar um novo responsável técnico no prazo máximo de 30 (trinta) dias, ao CRO, cancelamento da entidade prestadora ou intermediadora e/ou contratante de serviços odontológicos, caso o atual responsável técnico deixe de prestar seus serviços a entidade, conforme Art. 90 § 4º da Resolução CFO-63/2005.

Fico ciente das minhas obrigações financeiras e administrativas, conforme art. 121, parágrafo IV, da Resolução 63/2005.

\_\_\_\_\_ - (RO), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
>>>>Assinatura do Responsável Administrativo<<<<<