

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 _____, situada a
_____,
no município de _____, Bahia.

Ciente de minhas obrigações, comprometo-me a apresentar um novo
responsável técnico no prazo máximo de 30(trinta) dias, ao CRO, caso o atual
responsável técnico deixe de prestar seus serviços a entidade, sob pena de
cancelamento da entidade, conforme Art. 90 § 4º da Resolução CFO-63/2005.

_____ (BA), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Administrativo