



CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA JURÍDICA

Para cancelar a inscrição neste Regional, o responsável deverá fazer a formalização da solicitação, da seguinte forma:

Procedimento padrão:

- Requerimento (folha 2) assinado por todos os sócios.

Procedimento alternativo (quando não é possível recolher a assinatura de todos os sócios):

- Um dos sócios ou representante legal assina o requerimento (folha 2) e apresenta distrato registrado + CNPJ e CCM baixados;

Obs: O requerimento de cancelamento (folha 2) deverá ser impresso, assinado manualmente, preenchido completamente com local e a data.

Formas de Envio

Serviços Online:

Acessar o link: <https://cro-sp.implanta.net.br/servicosOnline/>

Ir em: Requerimentos > Solicitação de cancelamento

Deverá anexar a solicitação com o documento de identidade civil.

Presencialmente:

Agende seu atendimento em: www.crosp.org.br/crospatende e escolha o melhor local, dia e horário para protocolar presencialmente seu pedido de cancelamento.

Conforme Resolução CFO 63/2005, art. 157:

§ 2º. Será deferido o cancelamento da inscrição de pessoa física ou jurídica a qualquer tempo, ficando resguardado o direito do Conselho cobrar administrativamente ou judicialmente eventuais débitos existentes.

§ 3º. Fica liberado do pagamento da anuidade do exercício, a pessoa que requerer o cancelamento da inscrição até 31 de março, exceto para efeito de transferência.

Prazo para concretização do serviço: 10 (dez) dias úteis.

Atendimento a terceiros: Para atendimento a terceiros ou escritórios de contabilidades, será exigida uma procuração acompanhada dos documentos de identidade do Outorgado.

PROCURAÇÃO - [CLIQUE AQUI](#)



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Data: _____ de _____ de 20__.

Cidade/UF: _____ / _____.

Ilustríssimo Senhor Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. A entidade abaixo identificada vem através de seus responsáveis requerer o cancelamento, nos termos da lei e disposições do CFO e CROSP:

RAZÃO SOCIAL:	
CATEGORIA:	<input type="checkbox"/> EPAO (CLÍNICA) <input type="checkbox"/> LB (LABORATÓRIO) <input type="checkbox"/> ECIPO (COMERCIALIZADORA)
Nº DE REGISTRO:	
E-MAIL ATUALIZADO:	
TELEFONE COM DDD:	
MOTIVO DO CANCELAMENTO:	

Declara sob as penas de Lei que a referida empresa, solicita o cancelamento da inscrição pelo motivo especificado acima, e se compromete a destruir o certificado de registro e inscrição, caso ainda o tenha. Ofício de cancelamento da inscrição será encaminhado através do e-mail informado acima.

Nome(s):	Assinatura(s):

Nome e assinatura de todos o(s) sócio(s) ou responsável legal, caso contrário, deverá anexar distrato registrado, CNPJ e CCM baixados.