



CONSELHO REGIONAL  
DE ODONTOLOGIA  
DO CEARÁ



## **DECLARAÇÃO DE SAÍDA DE RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO(A)**

Eu, \_\_\_\_\_

inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO**, para os devidos fins, **NÃO**  
**SER O(A) RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO(A)** da entidade de razão social  
\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº  
\_\_\_\_\_, localizada em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, a partir da presente data.

(\_\_\_\_\_-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**MUNICÍPIO**                           **DATA ATUAL**)

---

**ASSINATURA DO(A) DECLARANTE**