Eu,      , CPF      , com inscrição no Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina sob o número      , na função de Responsável Técnico, com telefone de contato   -      e e-mail      , declaro que a empresa      , CNPJ      , cujos serviços odontológicos prestados ao público estão sob minha responsabilidade, alterou o nome fantasia para:

Novo nome:

Data da alteração do nome fantasia:   /  /    .

Afirmo plena ciência acerca das normativas do CFO/CRO, como o Código de Ética Odontológico (Resolução CFO 118/2012) e a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia (Resolução CFO 63/2005), bem como declaro e ratifico a veracidade das informações acima prestadas.

     , 3 de dezembro de 2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável administrativo (sócio, se não for RT)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável técnico