



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PARANÁ

Rua Manoel Ribas, 2281 – Mercês – Curitiba-PR – CEP: 80810-000

Tel.: (41) 3025-9500 – Fax: (41) 3025-9524 – e-mail: secretaria@cropr.org.br

Funcionamento: Segunda à Sexta-Feira das 09h às 17h45min

DECLARAÇÃO

Eu, _____, inscrito(a) no CRO/PR sob o número/ RG nº (se o sócio não for profissional) _____, declaro que o serviço de prótese dentária constante no contrato social é para utilização da clínica, não havendo prestação de serviços a terceiros. Estando ciente que, caso haja prestação de serviços de próteses a outros profissionais ou clínicas existe a obrigatoriedade do registro do laboratório junto ao CRO/PR.

Curitiba, _____ de _____ de 20__.

Assinatura