

Declaração

Eu, _____ ,
abaixo assinado(a), portador da cédula de identidade RG
_____ e inscrito(a) no CPF sob o nº
_____, representante legal do
estabelecimento _____
_____, inscrito no CNPJ sob o nº
_____, registro no Conselho Federal de
Odontologia do Ceará CE- EPO_____, ratifico que todas as
informações e documentos constantes no processo originário de registro e
inscrição não sofreram alterações e permanecem válidos juridicamente e
que eu desejo permanecer com a inscrição da referida neste Conselho. Por
ser a expressão da verdade, assino o presente, para que surta seus legais e
jurídicos efeitos.

Representante Legal