



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS

AV. CONTORNO, 7.556 – BAIRRO LOURDES – TELEFONE: (31) 2104-3000

CAIXA POSTAL 1.117 – CEP 30.110-110 - BELO HORIZONTE-MG

<http://www.cromg.org.br>

PROCURAÇÃO

Nome do profissional: _____

Inscrição Principal: _____ Inscrição Secundária (se for o caso): _____

Endereço: Av/Rua: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ - Cidade: _____ CEP: _____

Nome do procurador: _____

CPF: _____ Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

Endereço: Av/Rua: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ - Cidade: _____ CEP: _____

Outorga de poder:

O profissional anteriormente identificado nomeia e constitui o procurador acima identificado, tendo referido procurador poder específico para solicitar junto ao CRO-MG informação sobre eventual dívida de anuidades vencidas, inscrita ou não da dívida ativa da entidade.

Poderá dito procurador receber esta informação e obter guias de recolhimento bancário, bem como solicitar e receber certidão de dívida ativa.

Observação:

Esta procuração deverá ser apresentada em original, com reconhecimento de firma de seu signatário.

Em ____/____/2010. Assinatura do profissional: _____