



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

Para troca de responsável técnico, a entidade deverá apresentar enviar ao CROMG pelos Serviços On-line (disponível [neste link](#)) os seguintes documentos:

1. Pedido de atualização de dados de pessoa jurídica preenchido e assinado;
2. Nova declaração de responsabilidade técnica preenchida e assinada;
3. Novo termo de compromisso devidamente preenchido e assinado;
4. Última alteração contratual da pessoa jurídica; e,
5. Certificado original de inscrição da pessoa jurídica, que poderá ser substituído por declaração de extravio (anexa) caso a entidade não mais o possua.

Observações:

- A) **Será necessário efetuar o pagamento da emissão do novo certificado, cuja emissão será feita pelo sistema automaticamente;**
- B) **O prazo para a conclusão do procedimento é de até 30 dias; e,**
- C) **Em regra, o cirurgião-dentista só poderá ser responsável técnico por uma única entidade prestadora de assistência odontológica e deverá estar quite ou em dia com o CROMG.**



REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DE DADOS DE PESSOA JURÍDICA

Protocolo: _____ / _____
Recebido em: _____ / _____ / _____
_____ Assinatura do recebedor

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais,

Eu, _____,
inscrito(a) no CPF sob o n. _____, representante legal da pessoa jurídica
_____, inscrita no CNPJ sob o
n. _____, venho, por meio deste, requerer a alteração do(s)
seguinte(s) dado(s) do registro:

- Responsável administrativo;
- Responsável técnico;
- Razão Social;
- Nome fantasia;
- Endereço;
- Capital social;
- outro(s), conforme descrição a seguir:

• **Categoria profissional:** EPAO EPO LB

• **Número de Inscrição:** _____
Nestes termos, pede deferimento.

_____/_____/_____
Cidade UF de Data de

Requerente

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, _____, inscrito no CROMG na categoria _____ sob o número _____, para fazer prova junto ao Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais,

DECLARO ser **RESPONSÁVEL TÉCNICO** pelo(a) entidade _____, com endereço na rua/av. _____, número _____, bairro _____, cidade _____, Estado _____, CEP _____ respondendo por toda e qualquer infração ética cometida em nome da entidade.

DECLARA, ainda, que assume toda e qualquer responsabilidade sobre a veracidade da declaração supra e que, no caso de seu afastamento como responsável técnico(a) da entidade acima referida, será imediatamente substituído(a) por um(a) profissional, legalmente habilitado(a) e, essa alteração será enviada dentro de 30 (trinta) dias, a este Conselho Regional, sob pena de instauração de processo ético, nos termos do artigo 90, parágrafo 6º da Resolução CFO-63/2005.

_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

TERMO DE COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

O responsável legal _____, pela entidade _____, cirurgião(ã)-dentista ou não, acima identificado declara que, toda publicidade produzida para a promoção da instituição será obrigatoriamente, antes de ser veiculada, aprovada pelo responsável técnico _____.

Cabe ao responsável técnico a fiscalização técnica e ética da instituição pela qual é responsável, devendo garantir que a publicidade a ser veiculada esteja em conformidade com as disposições do Código de Ética Odontológica e, para tanto, se compromete a primar pela fiel aplicação do referido Código de Ética na pessoa jurídica acima identificada.

O proprietário, sócio ou responsável legal da entidade se responsabiliza pelo cumprimento do presente termo, sob pena de violação do Código de Ética Odontológica, bem como responder civilmente por possível prejuízo causado ao responsável técnico decorrente da não observância do acima disposto.

O responsável técnico _____, se responsabiliza a informar ao Conselho Regional, imediatamente, por escrito, a constatação do cometimento de infração ética, acontecida na instituição acima identificada, bem como do não cumprimento do presente termo.

O presente termo não exime o responsável técnico de possível punição ética no caso da veiculação de propaganda irregular.

_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL/ADMINISTRATIVO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO



DECLARAÇÃO

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais,

Eu, _____,
representante legal da entidade _____, inscrita no
CNPJ sob o n. _____ e no CROMG sob o n. _____, declaro
que não estou devolvendo o certificado de inscrição e registro, que foi extraviado/furtado.

No caso de reavê-lo, comprometo-me a devolvê-lo ao CROMG.

- Categoria: EPAO LB EPO

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade / UF

de _____ de _____
Data

Assinatura