



Ao Ilmo Srta. Daniela de Sá lamamoto  
Presidente do Conselho Regional de Óptica e Optometria do Estado de São Paulo –  
CROO-SP

### REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nome) (nacionalidade)

\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG \_\_\_\_\_,  
(estado civil) (número do CPF) (número do RG)

Residente e domiciliado à \_\_\_\_\_  
(endereço completo)

venho respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento da minha  
filiação a este Conselho, pois \_\_\_\_\_

(motivo do cancelamento)

**Estou ciente que a partir da presente data, não poderei utilizar o número da Carteira de Identificação Associativa ou ostentar a condição de filiado (a), sob pena de adoção das medidas judiciais cabíveis.**

**Em um eventual retorno, será emitido um novo número de registro.**

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)