**DECLARAÇÃO APD**

Declaro para os devidos fins de registro junto ao Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso do Sul, que o (a) senhor (a) **NOME COMPLETO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, brasileiro (a), RG nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_/MS emitida em \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desempenha as funções de Auxiliar de Prótese Dentária, no laboratório (**RAZÃO SOCIAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**), inscrita sob o CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizada (**ENDEREÇO COM CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/MS, desde \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro ainda que o (a) mesmo (a) está apto ao desenvolvimento das funções próprias do Auxiliar de Prótese Dentária, tendo inclusive conhecimento dos limites de sua atuação, sempre sob minha supervisão.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ MS, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, TPD/CD

CRO/MS – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_