CRO BA CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DA BAHIA

Rua Soldado Luís Gonzaga das Virgens, nº 111 – Caminho das Árvores - Edf. Liz Corporate, 13º Andar, Salvador/ BA, CEP 41820-560
Tel.: (071) 3114-2525 - croba@croba.org.br - www.croba.org.br

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Sr. (a) Presidente do CRO-BA,

☐ CLÍNICA ☐ LABORATÓRIO	**Para uso do CROBA**
☐ CD ☐ ASB ☐ TPD ☐ APD ☐ TSB	**Nº do protocolo** / **Nº do processo**

TIPO

Nome completo	
CRO	
Nesse Conselho Regional por motivo:	☐ FALECIMENTO ☐ ENCERRAMENTO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Logradouro				**Número**
Edifício		**Sala**	**Bairro**	
Município	**UF**	**CEP**		**Telefone**
			-	
E-mail				
Motivo do Cancelamento e outras observações:				

Nesses termos.
P. Deferimento

_____ **DATA**

_____ **ASSINATURA**