



INSCRIÇÃO DE CLÍNICA DENTÁRIA, LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA E ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (EPAO)

Sr.(a) Presidente do CRO-BA

<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> EPAO <input type="checkbox"/> EPO	<input type="checkbox"/> MATRIZ <input type="checkbox"/> FILIAL	Para uso do CROBA		Fls.01
		Nº do protocolo	Nº do processo	

TIPO

<input type="checkbox"/> ISENTO <input type="checkbox"/> NÃO ISENTO	Se estiver sendo solicitada inscrição de filial, informar o nº do CRO da Matriz	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CRO</td> <td>TIPO</td> <td colspan="8">Nº DE INSCRIÇÃO</td> </tr> </table>											CRO	TIPO	Nº DE INSCRIÇÃO							
CRO	TIPO	Nº DE INSCRIÇÃO																				
Razão social																						
Nome Fantasia																						

ENDEREÇO:

Logradouro		Número
Edifício	Bairro	
Cidade - Município	UF	CEP
E-mail:		

RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO

Nome			
Data de nascimento	UF	Nacionalidade	Naturalidade
/ /			
Profissão:			
RG	Órgão	Data	CPF
		/ /	

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome		
CRO	Tipo	Número

A entidade acima identificada vem requerer a V.S.^a se digne encaminhar a documentação em anexo ao Conselho Federal de Odontologia para registro, e conceder-lhe, aos, sua inscrição, acima solicitada, nesse CRO, nos termos da Lei a disposições do CFO.

Nesses termos.
P. Deferimento

DATA

ASSINATURA

**1 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O RESPONSÁVEL TÉCNICO (Só para clínicas)****- É DOMICILIADO NO MESMO MUNICÍPIO DA CLÍNICA? SIM NÃO****2 - PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NA CLÍNICA**

Nome	Nº do CROBA	Inscrição Especialista

Para uso do CROBA**INSCRIÇÃO NO CROBA SOB O Nº _____ EM ____ / ____ / _____ Fls. _____ Lv. _____**
