



R. Sd. Luís Gonzaga das Virgens, 111 - Stiep - Tel.: (71) 3114-2503 - CEP: 41.820-560 - Salvador – BA

E-mail: projur@croba.org.br

[Http://www.croba.org.br](http://www.croba.org.br)

**REQUERIMENTO DE ANÁLISE DOS ATOS CONSTITUTIVOS DA ENTIDADE
SETOR JURÍDICO**

Protocolo: (cole a etiqueta)

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA

Ilmo. Senhor Dr. MARCEL LAUTENSCHLAGER ARRIAGA, Presidente do Conselho Regional de Odontologia da Bahia, eu, _____
(nome completo do requerente)

inscrito (a) no CRO-BA sob o nº _____, categoria _____, vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer, para a entidade citada abaixo, a análise de:

() Análise contratual () Alteração Contratual () Distrato/Certidão de baixa da PJ

Empresa/Entidade: _____

Neste termos,
Pede deferimento.

Salvador/BA, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA

CONTATO PARA INFORMAÇÃO SOBRE O DEFERIMENTO/INDEFERIMENTO:

TELEFONES: _____

E-MAIL: _____



RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

JÁ POSSUI REGISTRO: () NÃO () SIM - CRO nº _____

TIPO: () Matriz () Filial

CATEGORIA:

- () EPAO - ENTIDADE PRESTADORA DE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA
() EPO - EMPRESA DE PRODUTOS ODONTOLOGICOS
() LB - LABORATORIO DE PROTESE DENTARIA

NATUREZA JURÍDICA:

- () Sociedades Simples, Empresariais ou Mistas - LTDA
() Sociedade Anônima – AS
() Cooperativa
() Empresa individual/Eirelli
() Requerimento de Empresário
() Associação
() Instituto
() Outros: _____

ISENTO DE PAGAMENTO DA ANUIDADE:

() SIM () NÃO

Se SIM, Favor Justificar: _____

1. EM CASO DE ANÁLISE CONTRATUAL PARA INSCRIÇÃO, PREENCHER OS ITENS ABAIXO:

CLASSIFICAÇÃO CFO/ITEM:

- () Clínica, Policlínica e Posto de Saúde
() Planos de Assistência a Saúde
() Serviços de Assistência Odontológica de Estabelecimentos Hospitalares
() Unidades Moveis de Atendimento Público e Privado

CLASSIFICAÇÃO CFO/SUBITEM:

- () Odontológico (Consultório)
() Serviço de assistência odontológica a empregados
() Médico-Odontológica
() Mantida por sindicato
() Mantida por entidade beneficente
() Mantida por entidade de classe
() Mantida por associações
() De graduação em faculdade e/ou universidades e centros universitários
() Serviço público odontológico
() Cooperativa de prestação de serviços

CLASSIFICAÇÃO/CFO:

- () EPAO/EPO/LB SÓ DE PROFISSIONAIS INSCRITOS
() EPAO/EPO/LB SÓ DE LEIGO
() EPAO/EPO/LB EM SOC.C/CONJUGE LEIGO ASC./DESC.DIRETOS TAMBEM LEIGOS
() EPAO/EPO/LB DE PROFISSIONAIS INSCRITOS EM SOCIEDADE COM LEIGOS
() SEM CLASSIFICACAO

CAPITAL SOCIAL:

- () Até 50.000,00 () Acima de 50.000,00 até 200.000,00
() Acima de 200.000,00 até 500.000,00 () Acima de 500.000,00 até 1.000.000,00
() Acima de 1.000.000,00 até 2.000.000,00 () Acima de 2.000.000,00 até 10.000.000,00
() Acima de 10.000.000,00

RESPONSÁVEL TÉCNICO:

NOME: _____

NUMERO DO CRO: _____

OBSERVAÇÃO:**2. EM CASO DE ANÁLISE DE ALTERAÇÃO CONTRATUAL, PREENCHER OS ITENS ABAIXO, CONFORME O CASO:****2.1 () Alteração de quadro societário (saída ou inclusão de sócios)****2.2 () Alteração da Razão Social**

Denominação de: _____

Para: _____

2.3 () Alteração de endereço/sede social para:

(rua/avenida/nº/complemento/bairro/cidade/cep/ telefone)

2.4 () Baixa de responsabilidade administrativa

Nome: _____

Profissão: _____

2.5 () Solicitação de Responsabilidade Administrativa

Nome: _____

Profissão: _____

2.6 () Alteração de Capital Social

De: R\$ _____

Para: R\$ _____

OBSERVAÇÃO:

3. EM CASO DE ANÁLISE DO DISTRATO/CERTIDÃO DE BAIXA, PREENCHER OS ITENS ABAIXO, CONFORME O CASO:

CRO nº: _____

CATEGORIA: _____

DATA DE ENCERRAMENTO DA ATIVIDADE: _____

OBSERVAÇÃO: _____
