



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRÉ-CADASTRO  
(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)

**ASSINALE SUA CATEGORIA PROFISSIONAL:**

- CIRURGIÃO(A)-DENTISTA - **CD**  
 AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL - **ASB**  
 TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL - **TSB**  
 AUXILIAR EM PRÓTESE DENTÁRIA - **APD**  
 TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA - **TPD**

vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer (assinale uma das opções abaixo):

**REGISTRO PESSOA FÍSICA:**

- PRINCIPAL (definitivo)  
 PRINCIPAL-PROVISÓRIO  
 SECUNDÁRIO (definitivo) - nº do CRO de origem: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 SECUNDÁRIO-PROVISÓRIO - nº do CRO de origem: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 TRANSFERÊNCIA (definitivo) - nº do CRO de origem: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 TRANSFERÊNCIA-PROVISÓRIO - nº do CRO de origem: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**INDIQUE O LOCAL ONDE DESEJA RETIRAR A CARTEIRA PROFISSIONAL:**

- SALVADOR                       TEIXEIRA DE FREITAS                       JUAZEIRO  
 FEIRA DE SANTANA                       VITORIA DA CONQUISTA                       BARREIRAS  
 ILHEUS                                       IRECE  
 EUNAPOLIS                                       PAULO AFONSO

Confirmo que os demais dados que foram preenchidos no PRÉ-CADASTRO online estão corretos e quaisquer erros são de minha inteira responsabilidade. Nestes termos, pede deferimento.

Salvador/BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

**ASSINATURA**