



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REQUERIMENTOS
(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 DE EMPRESA:

- () ENTIDADE PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - **EPAO**
- () ENTIDADE DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS - **EPO**
- () LABORATÓRIO DE PRÓTESE - **LB**

inscrito (a) no CRO-BA sob o nº _____, vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer (assinale uma das opções abaixo):

- () INCLUSÃO/ALTERAÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)
- () 2ª VIA DE CERTIFICADO DE REGISTRO
- () ALTERAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL
- () CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO
- () OUTRO: _____

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

Salvador/BA, _____ de _____ de 20_____.

ASSINATURA DO SÓCIO OU RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO