



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 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**

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

- INSCRIÇÃO DEFINITIVA – PRINCIPAL
- INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA (provisória ou definitiva) - nº do CRO de origem: _____ Estado: _____
- TRANSFERÊNCIA (provisória ou definitiva) - nº do CRO de origem: _____ Estado: _____
- MÚLTIPLO REGISTRO (provisória ou definitiva)
- PRORROGAÇÃO DE PROVISÓRIA
- CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO
- REATIVAÇÃO
- CERTIDÃO NADA CONSTA
- 2ª VIA DE CARTEIRA PROFISSIONAL
- APOSTILAMENTO (alteração de nome)
- BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
- REGISTRO DE ESPECIALIDADE (informe o nome da especialidade: _____)
- REGISTRO DE HABILITAÇÃO (informe o nome da habilitação: _____)
- ISENÇÃO DA TAXA DE ANUIDADE (militar das Forças Armadas, doenças graves e cargo eletivo, conforme decisão do CFO)
- OUTRO: _____

INDIQUE O LOCAL ONDE DESEJA RETIRAR A CARTEIRA PROFISSIONAL:

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

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