

**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)  
 NEGOCIAÇÃO DE DÉBITOS  
 OUTRO: \_\_\_\_\_

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

- |   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SALVADOR         | <input type="checkbox"/> TEIXEIRA DE FREITAS  | <input type="checkbox"/> JUAZEIRO  |
| <input type="checkbox"/> FEIRA DE SANTANA | <input type="checkbox"/> VITORIA DA CONQUISTA | <input type="checkbox"/> BARREIRAS |
| <input type="checkbox"/> ILHEUS           | <input type="checkbox"/> IRECE                |                                    |
| <input type="checkbox"/> EUNAPOLIS        | <input type="checkbox"/> PAULO AFONSO         |                                    |

Confirmando 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**