



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REQUERIMENTOS (FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA)

Ilmo. Senhor **Dr. TAMAR EDUARDO COUTO VIEIRA**, Presidente em exercício 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: _____

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 DO SÓCIO OU RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO