



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 da razão social)

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
 DESARQUIVAMENTO DE PROCESSO/REQUERIMENTO
 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

(A ASSINATURA DEVE SER DE PRÓPRIO PUNHO, CONFORME DOCUMENTOS
ANEXADOS NESTA SOLICITAÇÃO – RG, CNH OU CONTRATO SOCIAL.
PODERÁ SER UTILIZADO [ASSINATURA DIGITAL DO GOV.BR](#))