

**REQUERIMENTO DE ANÁLISE DOS ATOS CONSTITUTIVOS DA ENTIDADE SETOR JURÍDICO**

Protocolo: [cole a etiqueta]

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMAIlmo. Senhor **Dr. Marcel Laustenschlager Arriaga**, Presidente do Conselho Regional de Odontologia da Bahia, eu,_____
(nome completo do requerente)inscrito (a) no **CRO-BA** sob o nº _____, categoria _____, vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer, para a entidade citada abaixo, a análise de:

- Análise contratual
 Alteração Contratual
 Distrato/Certidão de baixa da PJ

Empresa/Entidade: _____

Neste termos,
Pede deferimento.

Salvador/BA, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA

CONTATO PARA INFORMAÇÃO SOBRE O DEFERIMENTO/INDEFERIMENTO:

TELEFONES: _____

E-MAIL: _____

**RAZÃO SOCIAL:** _____**NOME FANTASIA:** _____**JÁ POSSUI REGISTRO:** () NÃO () SIM | **CRO** – _____ nº _____

TIPO: () Matriz () Filial

CATEGORIA:

- () EPAO – ENTIDADE PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
() EPO – EMPRESA DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS
() LB – LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTARIA

NATUREZA JURÍDICA:

- () Sociedades Simples, Empresariais ou Mistas – LTDA
() Sociedade Anônima – AS
() Cooperativa
() Empresa individual/Eirelli
() Requerimento de Empresário
() Associação
() Instituto
() Outros: _____

ISENTO DE PAGAMENTO DA ANUIDADE:

() SIM () NÃO Se SIM, Favor Justificar: _____

1. EM CASO DE ANÁLISE CONTRATUAL PARA INSCRIÇÃO, PREENCHER OS ITENS ABAIXO:**CLASSIFICAÇÃO CFO/ITEM:**

- () Clínica, Policlínica e Posto de Saúde
() Planos de Assistência a Saúde
() Serviços de Assistência Odontológica de Estabelecimentos Hospitalares
() Unidades Moveis de Atendimento Público e Privado

CLASSIFICAÇÃO CFO/SUBITEM:

- () Odontológico (Consultório)
() Serviço de assistência odontológica a empregados
() Médico-odontológica
() Mantida por sindicato
() Mantida por entidade beneficente
() Mantida por entidade de classe
() Mantida por associações
() De graduação em faculdade e/ou universidades e centros universitários
() Serviço público odontológico
() Cooperativa de prestação de serviços

CLASSIFICAÇÃO/CFO:

- () EPAO/EPO/LB SÓ DE PROFISSIONAIS INSCRITOS
() EPAO/EPO/LB SÓ DE LEIGO
() EPAO/EPO/LB EM SOC.C/CÔNJUGE LEIGO ASC./DESC. DIRETOS TAMBÉM LEIGOS
() EPAO/EPO/LB DE PROFISSIONAIS INSCRITOS EM SOCIEDADE COM LEIGOS
() SEM CLASSIFICAÇÃO

CAPITAL SOCIAL:

- () Até 50.000,00
() Acima de 50.000,00 até 200.000,00
() Acima de 200.000,00 até 500.000,00
() Acima de 500.000,00 até 1.000.000,00
() Acima de 1.000.000,00 até 2.000.000,00
() Acima de 2.000.000,00 até 10.000.000,00
() Acima de 10.000.000,00

***** RESPONSÁVEL TÉCNICO *******NOME:** _____**NUMERO DO CRO:** _____**OBSERVAÇÃO:**

_____**2. EM CASO DE ANÁLISE DE ALTERAÇÃO CONTRATUAL, PREENCHER OS ITENS ABAIXO, CONFORME O CASO:****2.1** () Alteração de quadro societário (saída ou inclusão de sócios)**2.2** () Alteração da Razão Social

Denominação de: _____

Para: _____

2.3 () Alteração de endereço/sede social para:

(rua/avenida/nº/complemento/bairro/cidade/cep/ telefone)

2.4 () Baixa de responsabilidade administrativa

Nome: _____

Profissão: _____

2.5 () Solicitação de Responsabilidade Administrativa

Nome: _____

Profissão: _____

2.6 () Alteração de Capital Social

De: R\$ _____

Para: R\$ _____

OBSERVAÇÃO:

_____**3. EM CASO DE ANÁLISE DO DISTRATO/CERTIDÃO DE BAIXA, PREENCHER OS ITENS ABAIXO, CONFORME O CASO:**

CRO nº: _____ CATEGORIA: _____ DATA DE ENCERRAMENTO DA ATIVIDADE: ___/___/_____

OBSERVAÇÃO:

