CRO BA CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DA BAHIA

Rua Soldado Luís Gonzaga das Virgens, nº 111 – Caminho das Árvores - Edf. Liz Corporate, 13º Andar, Salvador/ BA, CEP 41820-560
Tel.: Capital e região (71) 3114-2525 | Interior 0800-150-2525 atendimento@croba.org.br - www.croba.org.br

SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO

Ilmo. Senhor Presidente do Conselho Regional de Odontologia da Bahia, eu,

_____

NOME COMPLETO DO REQUERENTE

TIPO:

( ) CD
( ) EPAO
( ) TPD
( ) THD
( ) ACD
( ) APD

inscrito neste Regional sob Nº.: _____ vem requerer de V. Sª

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nestes Termos,
Pede Deferimento

Salvador / BA _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do Requerente - Favor não rubricar
(Pode ser utilizado a assinatura digital do gov.br)

Endereço para correspondência:
( ) *Residencial* ( ) *Profissional*

Rua.:_____

Cidade.: _____ Estado.: _____

CEP.: _____ Tel.: _____

E-mail.: _____

FAVOR PREENCHER EM LETRA DE FORMA
\\\\\\\\\V/////////A\\\\\\\\\V/////////A\\\\\\\\\V//////////