

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

Ilmo. Senhor Dr. Leonardo Marconi Cavalcanti de Oliveira, Presidente do Conselho Regional de Odontologia da Paraíba,

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-PB 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
- 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)
- 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.

_____/PB, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura)