

Conselho Regional de Odontologia de Rondônia

Rua Duque de Caxias,508,Caiari

Porto Velho-RO

Telefone: (69) 3221-1813

CRO-RO

PROCOLO: _____ / _____

PROCESSO CRO-RO: _____ / _____

SECRETÁRIA DO CRO-RO

REQUERIMENTO
2ª VIA DE CERTIFICADO DE REGISTRO E INSCRIÇÃO

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do CRO-RO

Venho solicitar a 2ª Via de Certificado de registro e inscrição da Pessoa Jurídica abaixo.

REQUERENTE:

* Inscrição no CRO-RO: _____

* Razão Social: _____

* CNPJ: _____

Telefone: () _____ E-mail: _____

CATEGORIA:

() 2 - ENTIDADE PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

() 4 - LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA

() 10 - EMPRESA DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

() Os dados cadastrais desta Pessoa Jurídica estão devidamente atualizados junto ao CRO-RO

() Necessito de atualização de alguns dados cadastrais.(Anexar cópia dos documentos)

() - ALTERAÇÃO DE RAZÃO SOCIAL

() - ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO

() - MUDANÇA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

() - INCLUSÃO/ALTERAÇÃO DE NOME FANTASIA

() - OUTROS

Declaro para os devidos fins, que este requerimento só terá validade acompanhada dos documentos obrigatórios necessários para esta requisição.

Data: ____/____/____.

Assinatura do Representante Legal