



## REQUERIMENTO DE REVERSÃO

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.  
 Cidade/UF: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, abaixo seguem meus dados pessoais, pois venho requerer a **REVERSÃO** da minha inscrição (tornar a secundária como principal):

<b>CRO ORIGEM:</b>	
<b>CATEGORIA:</b>	
<b>Nº DE INSCRIÇÃO PRINCIPAL:</b>	
<b>Nº INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA:</b>	

### Dados Pessoais:

Nome:					
Nome social:					
CPF:			Sexo:		
Nascimento:			Estado civil:		
Pai:					
Mãe:					
Nacionalidade:			Naturalidade:		
Tipo sanguíneo:			Doador de órgãos:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Identidade Nº:		Órgão:		UF:	Emissão:
Título Eleitoral Nº:		Zona:		Seção:	UF:

Nessa oportunidade, **DECLARO** estar ciente das seguintes informações (**LEIA COM ATENÇÃO**):

1. Só serão acatadas as solicitações com a documentação completa e todos os dados devidamente preenchidos;
2. O acompanhamento do pedido, inclusive quanto a eventual pendência e arquivamento, deverá ser feito exclusivamente pelos **Serviços On-line e pelo e-mail**;
3. A solicitação consiste em tornar a **INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA EM PRINCIPAL** no estado de SP;
4. Caso existam pendências, a não resolução destas no prazo concedido **implicará no indeferimento e arquivamento do pedido**;
5. O prazo para a conclusão do pedido, que é de até 90 dias, somente tem início **após o pagamento das taxas e envio da documentação completa ao Conselho**;
6. A documentação apresentada é de responsabilidade do solicitante e se presume verdadeira, **sendo que em caso de constatação de falsidade serão tomadas as medidas civis, penais e administrativas cabíveis**.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_  
**Requerente**  
**Assinatura de próprio punho, conforme documento de identidade.**