

## REQUERIMENTO DE 2ª VIA DE CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Cidade/UF: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Ilustríssimo Senhor Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. A entidade abaixo identificada vem através de seus responsáveis requerer **2ª via do CERTIFICADO DE REGISTRO E INSCRIÇÃO**, nos termos da lei edisposições do CFO e CROSP:

<b>RAZÃO SOCIAL:</b>	
<b>CATEGORIA:</b>	<input type="checkbox"/> EPAO (CLÍNICA) <input type="checkbox"/> LB (LABORATÓRIO) <input type="checkbox"/> ECIPO(COMERCIALIZADORA)
<b>Nº DE REGISTRO:</b>	
<b>E-MAIL ATUALIZADO:</b>	
<b>TELEFONE COM DDD:</b>	
<b>MOTIVO DO PEDIDO:</b>	

Declara sob as penas de Lei que a referida empresa, solicita a emissão da segunda via do certificado de inscrição pelo motivo especificado acima, e se compromete a destruir o documento antigo, caso ainda o tenha.

Declara também estar ciente que, será emitida a nova via com as informações atuais do cadastro (RT, endereço, razão social), qualquer alteração que a empresa realize na documentação, deverá ser solicitada a atualização cadastral antes da emissão do novo certificado, pois essa **taxa não é reembolsável.**

Ciente que, somente ficará disponível a via para emissão **após compensação do pagamento da taxa para este serviço.**

*Obs.: Caso não haja o pagamento da taxa, esta solicitação será INDEFERIDA.*

*Nome e assinatura do responsável legal:*

<b>Nome:</b>	<b>Assinatura:</b>