



REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

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 **REATIVAÇÃO POR TRANSFERÊNCIA** da minha inscrição:

CRO ORIGEM:	
CATEGORIA:	
Nº DE INSCRIÇÃO ATIVA:	
Nº DE INSCRIÇÃO CANCELADA CROSP:	

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**):

- Só serão acatadas as solicitações com a documentação completa e todos os dados devidamente preenchidos;
- O acompanhamento do pedido, inclusive quanto a eventual pendência e arquivamento, deverá ser feito exclusivamente pelos Serviços On-line e pelo e-mail;
- A solicitação é válida apenas para profissionais que já tiveram inscrição no CROSP, está ativo em outro estado e desejam retornar a exercer em São Paulo;
- Caso existam pendências, a não resolução destas no prazo concedido implicará no indeferimento e arquivamento do pedido;
- 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;
- 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.