



## REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

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 DA INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA**:

<b>CRO ORIGEM:</b>	
<b>CATEGORIA:</b>	
<b>Nº DE INSCRIÇÃO ATIVA:</b>	
<b>Nº DE INSCRIÇÃO CANCELADA NO CROSP:</b>	

### Dados Pessoais:

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

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

- 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 para profissionais que desejam reativar a Inscrição Secundária para também 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.**