



Conselho  
Regional de  
Óptica e  
Optometria

SP

**REQUERIMENTO - CADASTRO DE IDENTIFICAÇÃO ASSOCIATIVA**



Nº de Registro CROO-SP: \_\_\_\_\_ Data de Filiação: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tel. Res: ( ) \_\_\_\_\_ Celular / WhatsApp - ( ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Separado(a) ( ) Viúvo(a)

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**Documentos Pessoais:**

RG: \_\_\_\_\_ Data de Emissão RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Informações Profissionais:**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Técnico Responsável: ( ) Sim ( ) Não

Tel. ( ) \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

**Entrega da CIA:** ( ) Endereço Residencial ( ) Endereço Comercial

**Formações Profissionais:**

**Número da Turma:** \_\_\_\_\_

( ) Óptico Prático / Técnico Em Óptica ( ) Técnico em Óptica e Lentes De Contato

( ) Técnico em Óptica e Optometria ( ) Técnico em Optometria

( ) Tecnologia em Óptica e Optometria ( ) Bacharel em Optometria

**Declaro, sob as penas do art. Do Cód. Penal, que as informações prestadas são verdadeiras. Tive acesso e tenho ciência de teor da Resolução DRP 006-11 2010 SP que dispõe sobre a emissão da Carteira de Identificação - CIA, em sendo este cadastro aprovado, autorizo a emissão da minha carteira ( CIA ).**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Filiado: \_\_\_\_\_