



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.

Data: ____/____/____

Assinatura do Filiado: _____