

REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO

Ilmo. (a) Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso.

NOME COMPLETO DO (A) REQUERENTE: _____

INSCRITO (A) NESSE CONSELHO REGIONAL SOB O Nº _____ VEM REQUERER A V. S.ª SE
DIGNE MANDAR APOSTILAR _____

(NOME A SER ALTERADO)

PARA QUE DELE (A) PASSE A CONSTAR _____

(NOME ALTERADO)

PELO SEGUINTE

MOTIVO _____.

PARA TANTO ANEXA A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

_____, _____ DE _____ DE _____
MUNICÍPIO DIA MÊS ANO

ASSINATURA

PARA PROCEDERMOS COM A ATUALIZAÇÃO DOS ENDEREÇOS CADASTRADOS, FAVOR PREENCHER (OBRIGATÓRIO):

Endereço para correspondência: () Residencial () Profissional

ENDEREÇOS:

- RESIDENCIAL

LOGRADOURO: _____ Nº _____ CEP: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF _____ TELEFONE/CELULAR: () _____

TELEFONE/CELULAR: () _____ EMAIL: _____

- PROFISSIONAL

LOGRADOURO: _____ Nº _____ CEP: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF _____ TELEFONE/CELULAR: () _____

TELEFONE/CELULAR: () _____ EMAIL: _____

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Diploma Original (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**);
- Carteira Livreto Original (se houver);
- 01 (uma) fotografia recente em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2 (PARA SOLICITAR 2º VIA DE CARTEIRA PROFISSIONAL);
- 01 Cópia Simples de cada um dos seguintes documentos pessoais, caso tenha havido alterações dos dados cadastrais oriundos de sua Inscrição Profissional:
 - Certidão de Casamento/Divórcio/Averbação/Outros;
 - RG (Carteira de Identidade Civil);
 - Título de Eleitor ou documento eleitoral congênere que contenha número, zona e seção do título de eleitor;
 - Comprovante de Tipologia Sanguínea emitido por instituição competente (Opcional);
 - Comprovante de Endereço Residencial em Mato Grosso;
 - Comprovante de Endereço Profissional em Mato Grosso (se houver);

OBSERVAÇÃO Nº 1: Caso opte pelo envio por Correspondência ou terceiros, favor preencher o Requerimento acima e envia-lo conjuntamente com os outros documentos necessários;

OBSERVAÇÃO Nº 2: Conforme Decisão CFO-35/2019, o valor cobrado para expedição de segunda via de carteira-cédula profissional será de R\$ 24,92.

Caso opte pelo envio da documentação necessária por Correspondência ou terceiros, o boleto referente a tal valor será enviado no (s) e-mail (s) informado (s) no Requerimento acima;

ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO

Rua 05, Quadra 12, Lote: 07,

Setor: A - Centro Político Administrativo

Cuiabá - MT - CEP 78049-035

FONE: (65) 3644 - 2002

GRATUITO: 0800 – 723– 2510 (Não atende ligação de telefone celular)

cromt@cromt.org.br