

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE ESPECIALISTA OU HABILITADO

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

Nº DO PROCESSO

Nº DO PROTOCOLO

NOME: _____

INSCRITO (A) NESSE CONSELHO REGIONAL SOB O Nº _____ VEM, RESPEITOSAMENTE, SOLICITAR A V. Sª.
SEU REGISTRO E SUA INSCRIÇÃO COMO _____ EM _____

ESPECIALISTA OU HABILITADO

_____, NOS TERMOS DO ART. 120 PÁR. II E
ARTIGO 121 PÁR. III, DAS NORMAS APROVADAS PELA RESOLUÇÃO CFO - 63 / 2005.

NESTES TERMOS.
PEDE DEFERIMENTO.

_____, DE _____ DE _____ ANO.
MUNICÍPIO DIA MÊS

ASSINATURA

DESEJA TAMBÉM SOLICITAR UMA 2ª VIA DA CARTEIRA CÉDULA PROFISSIONAL QUE CONSTE O TÍTULO DE
DE ESPECIALISTA OU HABILITADO REFERIDO NESTE REQUERIMENTO? (OPCIONAL)

() SIM () NÃO

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

- CERTIFICADO DE ESPECIALIDADE OU HABILITAÇÃO ORIGINAL (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**);
- HISTÓRICO DO CURSO DE ESPECIALIDADE OU HABILITAÇÃO, CASO SEJA DOCUMENTO SEPARADO DO CERTIFICADO (OBS: ALGUNS VÊM NO VERSO DO CERTIFICADO) (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**);
- CARTEIRA LIVRETO (SE HOVER);
- 01 (uma) fotografia recente em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2 (OPCIONAL - CASO DESEJE SOLICITAR 2ª VIA DE CARTEIRA-CÉDULA PROFISSIONAL).

OBSERVAÇÃO N° 1: Caso opte pelo envio por Correspondência ou terceiros, favor preencher a Declaração acima e envia-la conjuntamente com os outros documentos necessários;

OBSERVAÇÃO N° 2: Conforme Decisão CFO-35/2019, o valor cobrado para Inscrição de especialista para cirurgião-dentista será de R\$ 124,60. Igualmente, o valor cobrado para Inscrição de habilitação será de R\$ 124,60. Já 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 (s) referente (s) a tal (ais) valor (es) será (ão) enviado (s) 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