

## 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 REGISTROE 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 \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ ANO.

MUNICÍPIO

DIA

MÊS

ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

DESEJA TAMBÉM SOLICITAR UMA 2º 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**