

# REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE A.S.B. - AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

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

( ) PRINCIPAL                      ( ) REATIVAÇÃO                      ( ) PROVISÓRIA

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai - \_\_\_\_\_

Mãe - \_\_\_\_\_

Sexo:    ( ) Masculino    ( ) Feminino	Estado Civil:    ( ) Casado    ( ) Solteiro ( ) Divorciado    ( ) Outros
--	---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento                      Nacionalidade                      Naturalidade (Município/Estado)

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
C.P.F.                      R.G.                      Órgão Emitente/UF                      Data de Emissão

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nº Identidade Eleitoral                      Zona                      Seção                      UF

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nº Identidade Militar                      Órgão Emitente                      Data de Emissão

<b>Diplomado Pela Faculdade</b>

Mês: _____                      Ano: _____	_____/_____/_____-
<b>Conclusão do Curso</b>	<b>Colação de Grau</b>

## ENDEREÇO RESIDENCIAL

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Logradouro                      Número

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Complemento                      Bairro

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
DDD                      Telefone Fixo                      DDD                      Celular

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Cidade - Município                      CEP

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-  
DATA

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_  
ASSINATURA

## ENDEREÇO PROFISSIONAL

\_\_\_\_\_  
Logradouro

\_\_\_\_\_  
Número

\_\_\_\_\_  
Complemento

\_\_\_\_\_  
Bairro

\_\_\_\_\_  
DDD

\_\_\_\_\_  
Telefone Fixo

\_\_\_\_\_  
DDD

\_\_\_\_\_  
Celular

\_\_\_\_\_  
Cidade - Município

\_\_\_\_\_  
CEP

Endereço para correspondência:

(  ) Residencial

(  ) Profissional

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Doador de órgão: (  ) SIM (  ) NÃO

## TERMO DE COMPROMISSO

Comprometo-me a solicitar o cancelamento de minha inscrição, na secretaria do Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso, caso deixe de exercer a atividade profissional na jurisdição deste regional, e manter o endereço para correspondência e meus dados cadastrais sempre atualizados junto a este Conselho (conforme dispõe o Art. 9º do Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-118/2012).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

## DOCUMENTOS

### ➤ DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA (QUANDO NÃO POSSUI O DIPLOMA ORIGINAL AINDA)

- 02 (duas) fotografias recentes em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2;
- Declaração de Conclusão do curso de ASB (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**).

- 01 Cópia Simples de cada um dos seguintes documentos pessoais:

- CPF;
- RG (Carteira de Identidade Civil);
- Título de Eleitor ou documento eleitoral congênere que contenha número, zona e seção do título de eleitor;
- Certificado de Reservista/Alistamento ou documento militar congênere que contenha Nº de Identidade Militar, Órgão Emitente e Data de Emissão;
- Certidão de Nascimento/Casamento/Divórcio/Outros;
- 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);
- Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental (ou Ensino Médio, caso tenha tal nível de escolaridade) ou outro documento congênere que comprove esse nível de escolaridade;

### ➤ DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL (CASO POSSUA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA)

- 02 (duas) fotografias recentes em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2;
- Certificado Original do curso de ASB (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**).
- Carteira-Cédula de Identidade Profissional Provisória Original (para recolhimento e descarte, caso esteja caducada/vencida);

- 01 Cópia Simples de cada um dos seguintes documentos pessoais:

- CPF;
- RG (Carteira de Identidade Civil);
- Título de Eleitor ou documento eleitoral congênere que contenha número, zona e seção do título de eleitor;
- Certificado de Reservista/Alistamento ou documento militar congênere que contenha Nº de Identidade Militar, Órgão Emitente e Data de Emissão;
- Certidão de Casamento/Divórcio/Outros;
- Comprovante de Tipologia Sanguínea expedido por instituição competente (Opcional);
- Comprovante de Endereço Residencial em Mato Grosso;
- Comprovante de Endereço Profissional em Mato Grosso (se houver);
- Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental ou outro documento congênere que comprove esse nível de escolaridade;

### ➤ DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL (CASO NÃO POSSUA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA)

- 02 (duas) fotografias recentes em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2;
- Certificado Original do curso de ASB (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**).

OU

**Carteira de Trabalho assinada (CTPS), Publicação em Diário Oficial ou Contrato de Posse em Órgão Público** no (a) qual conste que exerceu até algum período anterior a data de 24 de dezembro de 2008 (conforme Resolução CFO-90, de 02 de julho de 2009), as funções de **ATENDENTE, ATENDENTE I, ATENDENTE II, AUXILIAR DE CONSULTÓRIO OU AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO** (Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada).

- 01 Cópia Simples de cada um dos seguintes documentos pessoais:

- CPF;
- RG (Carteira de Identidade Civil);
- Título de Eleitor ou documento eleitoral congênere que contenha número, zona e seção do título de eleitor;
- Certificado de Reservista/Alistamento ou documento militar congênere que contenha Nº de Identidade Militar, Órgão Emitente e Data de Emissão;
- Certidão de Nascimento/Casamento/Divórcio/Outros;
- 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);
- Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental ou outro documento congênere que comprove esse nível de escolaridade;

➤ **DOCUMENTOS PARA REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

- 02 (duas) fotografias recentes em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2;
- Certificado Original do curso de ASB (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**).

OU

**Carteira de Trabalho assinada (CTPS), Publicação em Diário Oficial ou Contrato de Posse em Órgão Público** no (a) qual conste que exerceu até algum período anterior a data de 24 de dezembro de 2008 (conforme Resolução CFO-90, de 02 de julho de 2009), as funções de **ATENDENTE, ATENDENTE I, ATENDENTE II, AUXILIAR DE CONSULTÓRIO OU AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO** (Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada).

- 01 Cópia Simples de cada um dos seguintes documentos pessoais:

- CPF;
- RG (Carteira de Identidade Civil);
- Título de Eleitor ou documento eleitoral congênere que contenha número, zona e seção do título de eleitor;
- Certificado de Reservista/Alistamento ou documento militar congênere que contenha Nº de Identidade Militar, Órgão Emitente e Data de Emissão;
- Certidão de Nascimento/Casamento/Divórcio/Outros;
- 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);
- Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental ou outro documento congênere que comprove esse nível de escolaridade;

**OBSERVAÇÃO Nº1:** Para comprovação de RG, só será aceita Cópia Simples de outro tipo de documento de identidade congênere caso o mesmo contenha número, data de emissão e órgão emissor da carteira de identidade civil;

**OBSERVAÇÃO Nº2:** Caso opte pelo envio por Correspondência ou terceiros, favor preencher o Requerimento de Inscrição acima e envia-lo conjuntamente com os outros documentos necessários ao tipo de Inscrição selecionada;

**OBSERVAÇÃO Nº 3** - Conforme dispõe o Art. 9º do Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-118/2012: (...) **Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética: (...) II – manter seus dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional;**

**OBSERVAÇÃO Nº 4:** Conforme Decisão CFO-35/2019, serão cobrados os seguintes valores referentes aos processos de inscrição de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB:

1. Anuidade – R\$ 50,35;
2. Taxa de Inscrição – R\$ 16,14;
3. Taxa de Expedição de Carteira-cédula – R\$ 24,92;

Caso opte pelo envio da documentação necessária por Correspondência ou terceiros, os boletos referentes a tais valores serão enviados no (s) e-mail (s) informado (s) no Requerimento acima;

**OBSERVAÇÃO Nº 5:** Conforme o Art. 123 da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia – Aprovada pela Resolução CFO-63/2005:  
(...) Ao recém-formado, com inscrição provisória, será fornecida cédula provisória, que lhe dará direito ao exercício da profissão pelo prazo de 2 (dois) anos, contados da data da colação de grau, quando cirurgião-dentista ou da data da formatura para os demais profissionais.

**OBSERVAÇÃO Nº 6:** Conforme o Art. 126 da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia – Aprovada pela Resolução CFO-63/2005:  
(...) Quando da caducidade da inscrição provisória, o Conselho Regional providenciará, de imediato, a interrupção das atividades profissionais de seu titular, comunicando o fato ao Conselho Federal.  
**Parágrafo único.** Quando da inscrição principal, na vigência da provisória, é vedada a cobrança de nova taxa de inscrição.

#### **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**