



CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA
DE MATO GROSSO



R01 –Fluxo 14
Rev.: 01
Data: 03.05.19

INSCRIÇÃO DE ESPECIALISTA

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

NOME: _____

INSCRITO NESSE CONSELHO REGIONAL SOB O Nº _____ VEM, RESPEITOSAMENTE,
SOLICITAR A V. Sª. SEU REGISTRO E SUA INSCRIÇÃO COMO ESPECIALISTA EM _____
_____, NOS TERMOS DO ART. 120 PÁR. II E ARTIGO 121 PÁR.
III, DAS NORMAS APROVADAS PELA RESOLUÇÃO CFO - 63 / 2005.

NESTES TERMOS.
PEDE DEFERIMENTO.

CUIABÁ-MT, _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA

CASO QUEIRA ATUALIZAR SEU ENDEREÇO, FAVOR PREENCHER:

ENDEREÇOS:

- RESIDENCIAL

EMAIL: _____

RUA, AV : _____ Nº _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

MUNICÍPIO : _____ UF _____

- CONSULTÓRIO

RUA, AV : _____ Nº _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

MUNICÍPIO : _____ UF _____

CIRURGIÃO DENTISTA

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- CERTIFICADO DA ESPECIALIDADE ORIGINAL E 01 CÓPIA SIMPLES;
- 01 CÓPIA SIMPLES DO HISTÓRICO DO CURSO DE ESPECIALIDADE, CASO SEJA DOCUMENTO SEPARADO DO CERTIFICADO (ALGUNS VÊM NO VERSO DO CERTIFICADO);
- CARTEIRA LIVRETO (SE HOUVER);
- 01 FOTO 3X4 (OPCIONAL - CASO DESEJE SOLICITAR 2ª VIA DE CARTEIRA-CÉDULA PROFISSIONAL).

OBSERVAÇÃO: Caso opte pelo envio por Correspondência, favor preencher o Requerimento de Inscrição acima, reconhecer firma de assinatura em Cartório do mesmo e enviá-lo conjuntamente com os outros documentos necessários ao tipo de Inscrição selecionada;

ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO
R.05, Q.12, L.07, Setor A
Bairro: Centro Político Administrativo
CEP: 78049-035
Cuiabá- MT
FONE/FAX: (65) 3644-2002; (65) 3644-2144
GRATUITO: 0800 – 723– 2510 (Não atende ligação de telefone celular)