



INSCRIÇÃO DE CLÍNICA/ENTIDADE PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (EPAO), LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA (LB) E DENTAL/EMPRESA DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS (EPO)

- () CLÍNICA (EPAO) () MATRIZ
() LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA (LB) () FILIAL
() DENTAL (EPO)

TIPO:

- () ISENTO () NÃO ISENTO

OBS: SE ESTIVER SENDO SOLICITADA INSCRIÇÃO DE FILIAL, INFORMAR O Nº DO CRO DA MATRIZ;

CRO: _____ **TIPO:** _____ **Nº DE INSCRIÇÃO:** _____

Nº CNPJ: _____

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

ENDEREÇO

AV / RUA / PRAÇA: _____ **NUMERO:** _____

ANDAR / APTO / SALA : _____ **BAIRRO:** _____

_____ - () _____
CIDADE / MUNICIPIO - **UF** - **CEP** - **TELEFONE**

RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO:

NOME : _____

_____/_____/_____-_____-_____-_____-_____
DATA DE NASCIMENTO - **UF** - **NACIONALIDADE** - **PROFISSÃO**

_____-_____-_____/_____/_____-_____-_____
NUMERO RG - **ORGÃO** - **DATA** - **C.P.F**

MODELO DE DECLARAÇÃO PARA O RESPONSÁVEL TÉCNICO

(FAZER ESTE MODELO EM OUTRA FOLHA)

EU, _____, CRO-MT _____ DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE
DIREITO NOME DO PROFISSIONAL QUE SOU RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ENTIDADE

NOME DA RAZÃO SOCIAL DA ENTIDADE CNPJ _____

_____, _____ DE _____ DE _____
CIDADE DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ORIENTAÇÃO AOS PROFISSIONAIS CIRURGIÕES-DENTISTAS ORIUNDOS DE OUTROS ESTADOS E NOVOS INSCRITOS.

O CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA APROVADO PELA RESOLUÇÃO DO CFO – 42 POSSUI VIGÊNCIA NACIONAL, PORÉM NO ESTADO DE MATO GROSSO ESTÁ SENDO ADOTADA A UTILIZAÇÃO DO TERMO DE ESCLARECIMENTO A TODOS OS PROFISSIONAIS QUE VENHAM EXERCER SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS NESTE ESTADO.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

EU, _____ BRASILEIRO(A), CIRURGIÃO-DENTISTA, VENHO ATRAVÉS DO PRESENTE TERMO, FIRMAR COMPROMISSO DE OBSERVÂNCIA ÀS NORMAS CONTIDAS NO CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA, ESCLARECENDO INCLUSIVE QUE FUI DEVIDAMENTE ORIENTADO (A) E SANEI TODAS AS DÚVIDAS PERTINENTES A PUBLICIDADE DE ODONTOLÓGICA, PRINCIPALMENTE:

1. NÃO DIVULGAR ESPECIALIDADE SEM POSSUIR A INSCRIÇÃO DA MESMA NO CONSELHO;
2. NÃO DIVULGAR PREÇOS, DESCONTOS, GRATUIDADE DE ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO E OUTROS TERMOS QUE INDUZAM MODALIDADES DE PAGAMENTO, DIRECIONADA A PACIENTE OU PROFISSIONAL;
3. NÃO ACOBERTAR EXERCÍCIO ILEGAL DA ODONTOLOGIA;
4. OBSERVAR AS ATRIBUIÇÕES DAS ATENDENTES DE CONSULTÓRIO E TÉCNICO EM SUA COMPETÊNCIA ESPECÍFICA;
5. O USO DA LOGOMARCA NÃO PODE INDUZIR PESSOA JURÍDICA, SEM QUE A MESMA ESTEJA INSCRITA NO CRO-MT;
6. NÃO DIVULGAR TÍTULOS COMO ESPECIALISTA / ESPECIALIZANDO, MESTRADO / MESTRANDO E DOUTORADO / DOUTORANDO QUE NÃO POSSUA OU QUE NÃO TENHA SIDO CONCLUÍDO E DEVIDAMENTE INSCRITO NO CRO-MT;
7. NÃO SORTEAR APARELHOS, BRINDES, COM A INTENÇÃO DE AUTOPROMOÇÃO AOS PACIENTES E PROFISSIONAIS;
8. COMUNICAR O CONSELHO QUALQUER ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO;
9. CUMPRIR COM AS OBRIGAÇÕES LEGAIS PERTINENTES AO PAGAMENTO DAS ANUIDADES E ELEITORAIS;
10. OBSERVAR SE OS PROFISSIONAIS AUXILIARES (TPD, ASB, TSB) SÃO INSCRITOS NO CONSELHO;
11. SUBMETER A APRECIÇÃO DO CRO-MT MATERIAL PUBLICITÁRIO ANTES DE SUA DISTRIBUIÇÃO;
12. NÃO PRESTAR SERVIÇOS A CLÍNICAS E PLANOS DE SAÚDE SEM INSCRIÇÃO NO CRO-MT;

POR FIM, DECLARO POSSUIR O CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA E ESTAR CIENTE DE TODAS AS VEDAÇÕES EXISTENTES, COMPROMETENDO-ME A OBEDECER ÀS NORMAS ÉTICAS SOB PENA DE RESPONDER PROCESSO DISCIPLINAR POR QUALQUER INFRAÇÃO.

_____, _____ DE _____ DE _____.
CIDADE DIA MÊS ANO

ASSINATURA

DOCUMENTOS

> DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- **01 CÓPIA SIMPLES DO CONTRATO SOCIAL E ALTERAÇÕES (SE HOUVER) OU ESTATUTO DA ENTIDADE;**
- **01 CÓPIA SIMPLES DO CNPJ;**
- **01 CÓPIA SIMPLES DO ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO;**
- **01 CÓPIA SIMPLES DOS DOCUMENTOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO, CPF E RG (PARA SUBSTITUIR O RG NÃO SERVE A CARTEIRA DE HABILITAÇÃO, É NECESSÁRIO UM DOCUMENTO QUE POSSUA O NÚMERO, A DATA DE NASCIMENTO, O ORGÃO EMISSOR E A DATA DE EMISSÃO DO MESMO).**
- **DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**
- **TERMO DE ESCLARECIMENTO (APENAS PARA RESPONSÁVEL TÉCNICO - CD)**

OBSERVAÇÃO 01 – No caso de envio dos documentos por correspondência, deve-se preencher o Requerimento de Inscrição acima, reconhecer firma das assinaturas, do responsável técnico e do administrativo, em cartório e enviar o mesmo junto com os outros documentos;

OBSERVAÇÃO 02: O Termo de Esclarecimento deve ser preenchido apenas por Cirurgião (ã)-Dentista;

OBSERVAÇÃO 03 – No caso de **Laboratório de Prótese Dentária (LB)** pode ser Responsável Técnico o profissional Cirurgião (ã)-Dentista (CD) ou o Técnico em Prótese Dentária (TPD).

Nos casos das outras entidades, Entidades Prestadoras de Assistência Odontológica (EPAO) e Empresas de Produtos Odontológicos (EPO), pode ser Responsável Técnico **apenas** o profissional Cirurgião (ã)-Dentista (CD);

OBSERVAÇÃO 04 - É necessário que o Cirurgião-Dentista (ou o Técnico de Prótese Dentária, conforme situação acima descrita) indicado a Responsável Técnico da entidade esteja regular financeiramente junto ao CRO-MT;

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)