



CONSELHO REGIONAL  
DE ODONTOLOGIA  
DE MATO GROSSO



R01 –Fluxo 20  
Rev.: 01  
Data: 03.05.19

**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**

**RESPONSÁVEL TÉCNICO:**

NOME: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
CRO TIPO NÚMERO

A ENTIDADE ACIMA IDENTIFICADA VEM REQUERER A V.Sª SE DIGNO ENCAMINHAR A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO AO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA PARA REGISTRO, E CONCEDER-LHE, APÓS, SUA INSCRIÇÃO ACIMA SOLICITADA NESSE CRO, NOS TERMOS DA LEI E DISPOSIÇÕES DO CFO.

NESES TERMOS.  
P. DEFERIMENTO.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

**PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NA CLÍNICA**

NOME	Nº CRO	ESPECIALIDADE

**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 sempre atualizado junto a este conselho.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

**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  
\_\_\_\_\_  
CNPJ \_\_\_\_\_  
NOME DA RAZÃO SOCIAL DA ENTIDADE

\_\_\_\_\_, 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)