



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

Ilmo. (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

Diplomado Pela Faculdade	
--------------------------	--

Mês: _____ Ano: _____	_____/_____/_____
Conclusão do Curso	Colação de Grau

### 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 sempre atualizado junto a este conselho.

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO ENVIO DO DIPLOMA ORIGINAL (APENAS DE  
CÓPIA AUTENTICADA)**

**DECLARAÇÃO**

Eu, **(nome completo)**, **(categoria profissional)**, **(nº de inscrição no CRO-MT, se houver)**, **(nº de CPF e nº de RG)**, declaro não estar enviando meu diploma original do curso de **(categoria profissional)**, mas apenas uma cópia autenticada do mesmo, para a realização do processo de **(tipo de processo requerido)**. Comprometo-me a enviá-lo assim que possível para os devidos fins.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
**Local Dia Mês Ano**

---

**Assinatura**

➤ **DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA (QUANDO NÃO POSSUI O CERTIFICADO ORIGINAL AINDA)**

- 02 Fotos 3x4;
- Declaração de Conclusão do curso de ASB (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correios 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 N° 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 Fotos 3x4;
- Diploma Original do curso de ASB e 01 Cópia Simples do mesmo

OU

Cópia Autenticada do Diploma Original do curso de ASB e Declaração de não envio do Diploma Original assinada a próprio punho (vide modelo anexo);

- 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, caso tenha havido alterações dos dados cadastrais oriundos da Inscrição Provisória:

- 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 N° 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 (PRIMEIRA INSCRIÇÃO)**

- 02 Fotos 3x4;
- Diploma Original do curso de ASB e 01 Cópia Simples do mesmo

OU

Cópia Autenticada do Diploma Original do curso de ASB e Declaração de não envio do Diploma Original assinada a próprio punho (vide modelo anexo);

OU

Cópia Autenticada de **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 do ano de 2008, as funções de **ATENDENTE, ATENDENTE I, ATENDENTE II, AUXILIAR DE CONSULTÓRIO OU AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO**;

- 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 Fotos 3x4;
- Diploma Original do curso de ASB e 01 Cópia Simples do mesmo  
OU

Cópia Autenticada do Diploma Original do curso de ASB e Declaração de não envio do Diploma Original assinada a próprio punho (vide modelo anexo);  
OU

Cópia Autenticada de **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 do ano de 2008, as funções de **ATENDENTE, ATENDENTE I, ATENDENTE II, AUXILIAR DE CONSULTÓRIO OU AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO;**

- 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 emitente da carteira de identidade civil;

**OBSERVAÇÃO Nº2:** 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  
FONE/FAX: (65) 3644-2002; (65) 3644-2144  
GRATUITO: 0800 – 723– 2510 (Não atende ligação de telefone celular)