

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CIRURGIÃO (Ã) DENTISTA (CD)

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 Emissor** **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

Eu, _____
declaro que recebi do CRO-MT as informações abaixo, bem como cópia deste informativo:

Inscrição Provisória

De acordo com o artigo 123 da Resolução CFO-63/2005, a Cédula Provisória possui validade de 2 (dois) anos improrrogáveis, a contar da data de colação de grau, sendo que quando de seu vencimento, a inscrição provisória será automaticamente caducada no CRO-MT, ficando o profissional impedido de exercer as atividades profissionais até que seja regularizada sua situação, ou seja, requerida a inscrição principal.

Inscrição Principal

A inscrição principal deverá ser requerida no CRO-MT ou Delegacias Regionais, com no mínimo 4 (quatro) meses antes do vencimento, da inscrição provisória ou no ato do recebimento do diploma de graduação.

De acordo com o artigo 119, parágrafo único da Resolução, se a inscrição principal for requerida fora do prazo de validade da inscrição provisória, além de outras taxas normais, também será cobrada nova taxa de inscrição.

Pagamento de Anuidades

Conforme art. 120 da Resolução, mesmo o cirurgião-dentista que possuir inscrição provisória, deverá pagar anuidades, taxas e outras obrigações financeiras, exigidas dos demais cirurgiões inscritos.

A anuidade deverá ser paga todo ano até o ultimo dia útil do mês de março (para pagamento do valor integral)

Para os que optarem pelo parcelamento, será enviado bloqueto da 2ª parcela somente aos que quitaram o pagamento da 1ª parcela até o ultimo dia útil do mês de janeiro (ou a data constante no boleto).

O parcelamento é feito em (4) quatro vezes, de janeiro a abril, sendo que o profissional que não receber os boletos para pagamentos até o 15º dia de janeiro deverá entrar em contato com o CRO para solicitar o envio dos mesmos, evitando assim, a cobrança de multas e juros no próximo boleto.

CD Militar

O cirurgião-dentista militar que não exerça atividade profissional fora do âmbito das Forças Armadas estará isento do pagamento da anuidade, somente se comprovado, através de declaração (em papel timbrado das Forças Armadas) e assinado pelo comandante da Unidade e uma declaração pessoal do CD, informando que não exerce atividades fora das Forças Armadas, e enviado ao CRO até o dia 31 de março de cada ano.

Outras Informações

O profissional inscrito no CRO deverá manter seus dados cadastrais sempre atualizados junto à autarquia.

Deverá também, para garantia própria, guardar os comprovantes de qualquer pagamento feito em favor do Conselho.

Data: ____ / ____ / ____.

Assinatura

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 DADOS CADASTRAIS;
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. SUBMETTER 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.

CUIABÁ-MT, _____ DE _____ DE _____.

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

➤ DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

- 02 Fotos 3x4;
- Termos de Esclarecimentos (vide anexos);
- Certificado de Conclusão do curso de Odontologia (**Entregue pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correios ou terceiros: 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);

➤ DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL (CASO POSSUA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA)

- 02 Fotos 3x4;
- Termos de Esclarecimentos (vide anexos);
- Diploma Original do curso de Odontologia e 01 Cópia Simples do mesmo
OU

Cópia Autenticada do Diploma Original do curso de Odontologia 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);

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

- 02 Fotos 3x4;
- Termos de Esclarecimentos (vide anexos);
- Diploma Original do curso de Odontologia e 01 Cópia Simples do mesmo
OU

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

- 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);

➤ **DOCUMENTOS PARA REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

- 02 Fotos 3x4;
- Termos de Esclarecimentos (vide anexos);
- Diploma Original do curso de Odontologia e 01 Cópia Simples do mesmo
OU

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

- 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);

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

CEP: 78049-035

Cuiabá- MT

FONE/FAX: (65) 3644-2002; (65) 3644-2144

GRATUITO: 0800 – 723– 2510 (Não atende ligação de telefone celular)