

INSCRIÇÃO DE - A.P.D. - AUXILIAR DE PROTESE DENTÁRIA

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 Emissor/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

DOCUMENTOS

➤ DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- 2 - FOTOS 3X4
 - DECLARAÇÃO DO TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA (TPD) DIZENDO QUE O APD ESTÁ APTO PARA EXERCER A FUNÇÃO DE APD (ASSINATURA DO TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA NO DOCUMENTO PRECISA TER RECONHECIMENTO DE FIRMA EM CARTÓRIO).
- 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 Ensino Médio, caso tenha tal nível de escolaridade) 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

CEP: 78049-035

Cuiabá- MT

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

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