

ENDEREÇO PROFISSIONAL

_____ - _____
Avenida – Rua – Praça

_____ - _____
Número

_____ - _____
Complemento – Andar – Apartamento

_____ - _____
Bairro

_____ - _____
DDD Telefone Fixo

_____ - _____
DDD Celular

_____ - _____
Cidade - Município

_____ - _____
CEP

Endereço para correspondência: () Residencial () Profissional

O acima identificado vem requerer a V. S^a. se digne conceder-lhe sua inscrição neste Conselho Regional, nos termos _____.

Nestes termos
P. deferimento

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA

() Recebi o Diploma Original e Carteiras em ____/____/____

() Recebi Carteira Provisória com data de validade até : ____/____/____

ASSINATURA

FOTOGRAFIA

POLEGAR DIREITO

OBSERVAÇÃO: Informar abaixo, de próprio punho, o tipo sanguíneo e se é doador de órgão.

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.

ASSINATURA

APD

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO
RUA CINCO, QUADRA 12, LOTE 7, SETOR A
CENTRO POLITICO ADMINISTRATIVO
78049-035 CUIABÁ-MT**

DOCUMENTOS

2 - FOTOS 3X4

**XEROX DOS DOCUMENTOS PESSOAIS, CPF, RG, TITULO DE
ELEITOR E CERTIFICADO DE RESERVISTA. (XEROX
AUTENTICADA)**

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

**DECLARAÇÃO DO TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA DIZENDO
QUE O APD ESTÁ APTO PARA EXERCER A FUNÇÃO DE
APD(RECONHECIDA FIRMA EM CARTÓRIO).**

HISTÓRICO ESCOLAR (ENSINO MÉDIO)

COMPROVANTE DE TIPOLOGIA SANGUINEA.

PREENCHER O REQUERIMENTO

RECONHECER FIRMA DA ASSINATURA (caso envie pelo correio)

**OBS: A DECLARAÇÃO TEM QUE TER A ASSINATURA
RECONHECIDA DO TÉCNICO EM PRÓTES DENTÁRIA.**