



**ENDEREÇO PROFISSIONAL**

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Avenida – Rua – Praça Número

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Complemento – Andar – Apartamento Bairro

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
DDD Telefone Fixo DDD Celular

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Cidade - Município CEP

Endereço para correspondência:	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Profissional
--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

O acima identificado vem requerer a V. S<sup>a</sup>. 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.

\_\_\_\_\_

## **DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA**

- **Cópia dos documentos pessoais ( CPF, RG, TITULO DE ELEITOR CERTIFICADO DE RESERVISTA tem que ser o próprio RG não pode ser Carteira de Habilitação)**
- **Certidão de Nascimento**
- **2 Fotos 3X4**
- **Certificado de Conclusão original ou cópia autenticada**
- **Comprovante de tipologia sanguínea**

## **DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL**

- **Diploma Original**
- **Cédula Provisória**
- **3 Fotos 3X4**
- **Certidão de Casamento (se houve alteração de estado civil)**

## **ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA**

**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO**

**R.05, Q 12, L07, Setor A**

**Bairro: Centro Político Administrativo**

**CEP: 78049-035**

**Cuiabá- MT**

**FONE/FAX: ( 65 ) 3644-2002, 3644 – 2144**

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