

INSCRIÇÃO DE ESPECIALISTA

Ilmo. Senhor Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso.

N° DO PROCESSO _____
N° DO PROTOCOLO _____

NOME: _____

INSCRITO NESSE CONSELHO REGIONAL SOB O N° _____ VEM, MUI RESPEITOSAMENTE, SOLICITAR A V. Sª. SEU REGISTRO E SUA INSCRIÇÃO COMO ESPECIALISTA EM _____, NOS TERMOS DO ART. 120 PÁR. II E ARTIGO 121 PÁR. III, DAS NORMAS APROVADAS PELA RESOLUÇÃO CFO - 63 / 2005.

NESTES TERMOS.
PEDE DEFERIMENTO.

CUIABÁ-MT, _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA

CASO QUEIRA ATUALIZAR SEU ENDEREÇO, FAVOR PREENCHER:

ENDEREÇOS:

- RESIDENCIAL

EMAIL: _____

RUA, AV : _____ N° _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

MUNICÍPIO : _____ UF _____

- CONSULTÓRIO

RUA, AV : _____ N° _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

MUNICÍPIO : _____ UF _____

RECEBI O CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EM

_____ / _____ / _____.

CIRURGIÃO DENTISTA

DOCUMENTAÇÃO NECESSARIA

(PRAZO DE REGISTRO: 3 MESES A PARTIR DA DATA DE PAGAMENTO DAS TAXAS)

- CERTIFICADO DA ESPECIALIDADE ORIGINAL**
- HISTÓRICO DO CURSO DE ESPECIALIDADE (ALGUNS VEM NO VERSO DO CERTIFICADO)**
 - CARTEIRA LIVRETO**
 - UMA FOTO 3x4**

**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO
RUA 5, QUADRA 12, LOTE 7, SETOR A
CENTRO POLITICO ADMINISTRATIVO (CPA)
CUIABÁ-MT
CEP: 78049-035**