

INSCRIÇÃO: () CD () TSB () TPD () ASB

Ilmo Sr. Presidente do CRO LUIZ EVARISTO RICCI VOLPATO, CD

() PRINCIPAL P/ TRANSFERÊNCIA () PROVISÓRIA P/ TRANSFERÊNCIA () SECUNDÁRIA

Para uso do CRO: Fls: _____ N° Protocolo: _____ N° Processo: _____

Nome Completo: _____

EMAIL: _____

Filiação: _____

Sexo: () Masculino () Feminino	Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Outros
----------------------------------	--

_____/_____/_____- _____ - _____
Data de Nascimento Nacionalidade Naturalidade (Estado / Município)

_____- _____ - _____ - _____
CPF R.G Órgão Emitente /U F Data de Emissão

_____- _____ - _____ - _____
N° Identidade Eleitoral Zona Seção U F

_____- _____ - _____ - _____
N° Identidade Militar Órgão Emitente Data de Emissão

Diplomado Pela Faculdade

Mês: _____ Ano: _____	_____/_____/_____
Conclusão do Curso	Colação de Grau

ENDEREÇO RESIDENCIAL

_____- _____ - _____
Avenida – Rua – Praça Número

_____- _____ - _____
Complemento – Andar – Apartamento Bairro

_____- _____ - _____ - _____
DDD Telefone Fixo DDD Celular

_____- _____ - _____ - _____
Cidade - Município CEP

ASSINATURA

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.

DOCUMENTOS PARA TRANSFERENCIA

DIPLOMA ORIGINAL

3 FOTOS 3X4

COPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (CPF, RG, TITULO DE ELEITOR, CERTIFICADO DE RESERVISTA).

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CARTEIRA LIVRETO E CÉDULA DO CRO DE ORIGEM.

COMPROVANTE DE TIPOLOGIA SANGUINEA.

INSCRIÇÃO PROVISÓRIA POR TRANSFERÊNCIA

CARTEIRA PROVISÓRIA DO CRO DE ORIGEM

CÓPIAS DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (CPF, RG, TITULO DE ELEITOR, CERTIFICADO DE RESERVISTA E CÓPIA COMPROVANTE DO TIPO SANGUINEO)

2 FOTOS 3X4

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

DIPLOMA ORIGINAL

CARTEIRA LIVRETO DO CRO DE ORIGEM.

1 FOTO 3X4

PARA OBTER UM PROTOCOLO, DEVERÁ RETORNAR UM FAX DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO.

PARA CORRESPONDENCIA, RECONHECER ASSINATURA NO REQUERIMENTO.

END. PARA CORRESPONDENCIA

Rua 05, LOTE 07, QUADRA 12, SETOR A,

BAIRRO : CENTRO POLITICO ADMINISTRATIVO

CEP: 78049-035

Cuiabá - MT

TEL: (65) 3644-2002 / 3644-2144

0800-7232510

OBS: POR FAVOR NÃO ENVIE ESTE REQUERIMENTO POR E-MAIL.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO

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 boleto 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 endereços (profissional e residencial) 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 ENDEREÇO;
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. SUBMETER 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