

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CD – CIRURGIÃO-DENTISTA

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 Emitente/UF Data de Emissão

_____- _____ - _____ - _____
Nº Identidade Eleitoral Zona Seção UF

_____- _____ - _____
Nº Identidade Militar Órgão Emitente 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: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> 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 e meus dados cadastrais sempre atualizados junto a este Conselho (conforme dispõe o Art. 9º do Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-118/2012).

_____-_____-_____- _____

DATA **ASSINATURA**

Anexo I -

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu,

_____, Portador(a) do RG nº _____ e CPF
nº _____, venho por meio desta declarar que
resido no endereço abaixo mencionado, na qualidade de: () Inquilino () outros :

Endereço: _____

nº _____ Complemento _____

Bairro _____

Cidade _____ UF.: _____

CEP _____

Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na
sanção prevista no art. 299 do Código Penal.

Data: _____ de _____ de _____.

Assinatura (semelhante ao documento de identificação)

Anexo II:

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, sendo transformada em cancelada *ex-officio* – conforme Decisão CFO-23/2019, ficando o profissional impedido de exercer as atividades profissionais até que seja regularizada sua situação, ou seja, requerida a inscrição principal. Vale ressaltar que após o deferimento em Plenária da transformação da inscrição provisória caducada em cancelada *ex-officio*, o profissional terá o prazo de 48hrs para a regularização, sob pena de abertura de processo ético.

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, bem como solicitados novamente todos os documentos necessários.

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 bloqueto 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 dados cadastrais sempre atualizados junto à autarquia.

Deverá também, para garantia própria, guardar os comprovantes de qualquer pagamento feito em favor do Conselho.

Data: ____ / ____ / ____.

Assinatura

Anexo III:

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 DADOS CADASTRAIS;
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.

DATA: _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

➤ DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA (QUANDO NÃO POSSUI O DIPLOMA ORIGINAL AINDA)

- 02 (duas) fotografias recentes em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2;
- Termos de Esclarecimentos (vide **Anexos II e III**);
- Certificado de Conclusão do curso de Odontologia (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**).

- 01 Cópia de cada um dos seguintes documentos pessoais (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**):

- 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 N° 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 Profissional em Mato Grosso (se houver);
- Comprovante de Endereço Residencial em Mato Grosso (**Obs.:** Quando o comprovante de endereço não estiver no nome do próprio requerente, mas em nome de terceiro, somente será aceito nos casos em que estiver no nome de pai, mãe ou cônjuge. Se ele estiver no nome de outras pessoas - mesmo que seja parente - o comprovante de endereço residencial deve estar acompanhado da Declaração de Residência - vide Anexo I);

➤ DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL (CASO POSSUA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA)

- 02 (duas) fotografias recentes em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2;
- Termos de Esclarecimentos (vide **Anexos II e III**);
- Diploma Original do curso de Odontologia (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**);
- Carteira-Cédula de Identidade Profissional Provisória Original (para recolhimento e descarte, caso esteja caducada/vencida);

- 01 Cópia de cada um dos seguintes documentos pessoais (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**):

- 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 N° de Identidade Militar, Órgão Emitente e Data de Emissão;
- Certidão de Casamento/Divórcio/Outros;
- Comprovante de Tipologia Sanguínea expedido por instituição competente (Opcional);
- Comprovante de Endereço Profissional em Mato Grosso (se houver);
- Comprovante de Endereço Residencial em Mato Grosso (**Obs.:** Quando o comprovante de endereço não estiver no nome do próprio requerente, mas em nome de terceiro, somente será aceito nos casos em que estiver no nome de pai, mãe ou cônjuge. Se ele estiver no nome de outras pessoas - mesmo que seja parente - o comprovante de endereço residencial deve estar acompanhado da Declaração de Residência - vide Anexo I);

➤ DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO PRINCIPAL (CASO NÃO POSSUA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA)

- 02 (duas) fotografias recentes em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2;
- Termos de Esclarecimentos (vide **Anexos II e III**);
- Diploma Original do curso de Odontologia (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**);

- 01 Cópia de cada um dos seguintes documentos pessoais (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**):

- 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 N° 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 Profissional em Mato Grosso (se houver);
- Comprovante de Endereço Residencial em Mato Grosso (**Obs.:** Quando o comprovante de endereço **não estiver no nome do próprio requerente**, mas em nome de terceiro, **somente será aceito nos casos em que estiver no nome de pai, mãe ou cônjuge**. Se ele **estiver no nome de outras pessoas** - mesmo que seja parente - **o comprovante de endereço residencial deve estar acompanhado da Declaração de Residência - vide Anexo I**);

➤ **DOCUMENTOS PARA REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

- 02 (duas) fotografias recentes em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2;
- Termos de Esclarecimentos (vide **Anexos II e III**);
- Diploma Original do curso de Odontologia (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**);

- 01 Cópia de cada um dos seguintes documentos pessoais (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**):

- 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 N° 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 Profissional em Mato Grosso (se houver);
- Comprovante de Endereço Residencial em Mato Grosso (**Obs.:** Quando o comprovante de endereço **não estiver no nome do próprio requerente**, mas em nome de terceiro, **somente será aceito nos casos em que estiver no nome de pai, mãe ou cônjuge**. Se ele **estiver no nome de outras pessoas** - mesmo que seja parente - **o comprovante de endereço residencial deve estar acompanhado da Declaração de Residência - vide Anexo I**);

OBSERVAÇÃO Nº 1: Para comprovação de RG, só será aceito outro tipo de documento de identidade congênere caso o mesmo contenha número, data de emissão e órgão emitente da carteira de identidade civil;

OBSERVAÇÃO Nº 2: Caso opte pelo envio por Correspondência ou terceiros, favor preencher o **Requerimento de Inscrição acima e enviá-lo conjuntamente com os outros documentos necessários ao tipo de Inscrição selecionada**;

OBSERVAÇÃO Nº 3 - Conforme dispõe o Art. 9º do Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-118/2012: (...) **Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética: (...) II – manter seus dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional**;

OBSERVAÇÃO Nº 4: Conforme Decisão CFO-35/2019, serão cobrados os seguintes valores referentes aos processos de inscrição de Cirurgião-Dentista – CD:

1. Anuidade – R\$ 503,52 (Inscrição definitiva, caso possua inscrição provisória) ou R\$ 352,46 (Primeira inscrição – principal ou provisória);
2. Taxa de Inscrição – R\$ 167,11;
3. Taxa de Expedição de Carteira-cédula – R\$ 24,92;

Caso opte pelo envio da documentação necessária por Correspondência ou terceiros, os boletos referentes a tais valores serão enviados no (s) e-mail (s) informado (s) no Requerimento acima;

OBSERVAÇÃO Nº 5: Conforme o Art. 123 da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia – Aprovada pela Resolução CFO-63/2005:

(...) Ao recém-formado, com inscrição provisória, será fornecida cédula provisória, que lhe dará direito ao exercício da profissão pelo prazo de 2 (dois) anos, contados da data da colação de grau, quando cirurgião-dentista ou da data da formatura para os demais profissionais.

OBSERVAÇÃO Nº 6: Conforme o Art. 126 da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia – Aprovada pela Resolução CFO-63/2005:

(...) Quando da caducidade da inscrição provisória, o Conselho Regional providenciará, de imediato, a interrupção das atividades profissionais de seu titular, comunicando o fato ao Conselho Federal.

Parágrafo único. Quando da inscrição principal, na vigência da provisória, é vedada a cobrança de nova taxa de inscrição.

OBSERVAÇÃO Nº 7: Caso realize a entrega pessoalmente da documentação necessária (em nossa Sede Cuiabá ou em uma de nossas Delegacias Regionais – Rondonópolis, Sinop, Barra do Garças ou Tangará da Serra) é obrigatório estar portando as vias originais dos documentos. Caso não esteja em posse das vias originais dos documentos, apenas serão aceitas cópias autenticadas dos mesmos. Conforme Lei Federal nº 13.726/2018, em seu Art. 3º, “(...) é dispensada a exigência de: II – autenticação de cópia de documento, cabendo ao agente administrativo, mediante a comparação entre o original e a cópia, atestar a autenticidade;”.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO

Rua 05, Quadra 12, Lote: 07,

Setor: A - Centro Político Administrativo

Cuiabá - MT - CEP 78049-035

FONE: (65) 3644 - 2002

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

cromt@cromt.org.br