

# REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE ASB - AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

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

<b>Diplomado Pela Faculdade</b>

Mês: _____                      Ano: _____	_____/_____/_____-
<b>Conclusão do Curso</b>	<b>Colaço de Grau</b>

## 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:

Residencial

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)

## 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;
- Declaração de Conclusão do curso de ASB (**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);
- Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental ou outro documento congênere que comprove esse nível de escolaridade;
- 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;
- Certificado Original do curso de ASB (**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);
- Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental ou outro documento congênere que comprove esse nível de escolaridade;
- 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;
- Certificado Original do curso de ASB (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**).

OU

- **Carteira de Trabalho registrada/assinada** (CTPS - páginas necessárias: foto, qualificação civil e todas as páginas com registro) **ou Ato oficial do serviço público** no (a) qual conste que exerceu em período anterior à data de promulgação da Lei 11.889/2008 (24 de dezembro de 2008), a atividade de Auxiliar de Consultório Dentário (conforme Resolução CFO-99/2010) - (**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);
- Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental ou outro documento congênere que comprove esse nível de escolaridade;
- 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;
  - Certificado Original do curso de ASB (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**).
- OU
- **Carteira de Trabalho registrada/assinada** (CTPS - páginas necessárias: foto, qualificação civil e todas as páginas com registro) **ou Ato oficial do serviço público** no (a) qual conste que exerceu em período anterior à data de promulgação da Lei 11.889/2008 (24 de dezembro de 2008), a atividade de Auxiliar de Consultório Dentário (conforme Resolução CFO-99/2010) - (**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);
- Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental ou outro documento congênere que comprove esse nível de escolaridade;
- 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 N° 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 N° 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 N° 3:** Conforme Resolução CFO-99, de 05 de março de 2010:

(...) Ficam resguardados os direitos ao registro e à inscrição, como Auxiliar de Saúde Bucal a quem tiver exercido a atividade de Auxiliar de Consultório Dentário, em data anterior à promulgação da Lei 11.889/2008, devidamente comprovado através da carteira profissional ou cópia do ato oficial do serviço público”.

**OBSERVAÇÃO Nº 4:** 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 5:** Conforme Decisão CFO-35/2019, serão cobrados os seguintes valores referentes aos processos de inscrição de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB:

1. Anuidade – R\$ 50,35;
2. Taxa de Inscrição – R\$ 16,14;
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 6:** 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 7:** 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 8:** **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**