

## REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO

Ilmo. (a) Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso.

NOME COMPLETO DO (A) REQUERENTE: \_\_\_\_\_

INSCRITO (A) NESSE CONSELHO REGIONAL SOB O Nº \_\_\_\_\_ VEM REQUERER A V. S.ª SE  
DIGNE MANDAR APOSTILAR \_\_\_\_\_

(NOME A SER ALTERADO)

PARA QUE DELE (A) PASSE A CONSTAR \_\_\_\_\_

(NOME ALTERADO)

\_\_\_\_\_ PELO SEGUINTE

MOTIVO \_\_\_\_\_.

PARA TANTO ANEXA A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

PARA PROCEDERMOS COM A ATUALIZAÇÃO DOS ENDEREÇOS CADASTRADOS, FAVOR PREENCHER (OBRIGATÓRIO):

Endereço para correspondência:      (    ) Residencial      (    ) Profissional

ENDEREÇOS:

- RESIDENCIAL

LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ TELEFONE/CELULAR: (    ) \_\_\_\_\_

TELEFONE/CELULAR: (    ) \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

- PROFISSIONAL

LOGRADOURO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ TELEFONE/CELULAR: (    ) \_\_\_\_\_

TELEFONE/CELULAR: (    ) \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

**Anexo I -**

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu,

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

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ 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

- Diploma Original (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**);
- Carteira Livreto Original (se houver);
- 01 (uma) fotografia recente em formato 2 (dois) por 2 (dois) – 2x2 (PARA SOLICITAR 2º VIA DE CARTEIRA PROFISSIONAL);
- 01 Cópia de cada um dos seguintes documentos pessoais, caso tenha havido alterações dos dados cadastrais oriundos de sua Inscrição Profissional (**Entrega pessoalmente: 01 Cópia simples e documento original para comparação; Envio por correspondência ou terceiros: 01 Cópia autenticada**):
  - Certidão de Casamento/Divórcio/Averbação/Outros;
  - RG (Carteira de Identidade Civil);
  - Título de Eleitor ou documento eleitoral congênere que contenha número, zona e seção do título de eleitor;
  - 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:** Caso opte pelo envio por Correspondência ou terceiros, favor preencher o Requerimento acima e enviá-lo conjuntamente com os outros documentos necessários;

**OBSERVAÇÃO Nº 2:** Conforme Decisão CFO-35/2019, o valor cobrado para expedição de segunda via de carteira-cédula profissional será de R\$ 24,92.

Caso opte pelo envio da documentação necessária por Correspondência ou terceiros, o boleto referente a tal valor será enviado no (s) e-mail (s) informado (s) no Requerimento acima;

**OBSERVAÇÃO Nº 3:** 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;”.

**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;**

## 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**