

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO****Ilmo. (a) Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Rondônia.**

CATEGORIA	TIPO DE INSCRIÇÃO	SE TRANSFERÊNCIA OU SECUNDÁRIA
<input type="checkbox"/> Cirurgião - Dentista	<input type="checkbox"/> Inscrição Provisória	
<input type="checkbox"/> Técnico em Saúde Bucal	<input type="checkbox"/> Inscrição Principal	<input type="checkbox"/> Provisória na Origem
<input type="checkbox"/> Técnico de Prótese Dentária	<input type="checkbox"/> Reativação	<input type="checkbox"/> Principal na Origem
<input type="checkbox"/> Auxiliar em Saúde Bucal	<input type="checkbox"/> Transferência	UF _____
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Prótese Dentária	<input type="checkbox"/> Secundária	Nº CRO _____
	<input type="checkbox"/> Temporário	

**Nome Completo:**

Filiação: Pai -

Mãe -

Sexo:  Feminino  MasculinoEstado Civil:  Solteiro  Casado  Divorciado  Outros:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data de Nascimento

Nacionalidade

Naturalidade (Município/Estado)

\_\_\_\_\_  
C.P.F.\_\_\_\_\_  
RG\_\_\_\_\_  
Orgão Emitente/UF\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data de Emissão\_\_\_\_\_  
Nº Identidade Eleitoral\_\_\_\_\_  
Zona\_\_\_\_\_  
Seção\_\_\_\_\_  
Cidade/UF\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data de Emissão\_\_\_\_\_  
Nº Identidade Militar\_\_\_\_\_  
Órgão Emitente\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data de EmissãoDoador de Órgãos?  Sim  Não

Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_

(OBS: Ao descrever o tipo sanguíneo é obrigatória a apresentação de documento comprobatório.)

\_\_\_\_\_  
DATA\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
(Semelhante ao documento de Identificação)

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, etc)		Número
Complemento	Bairro	
DDD	Telefone Fixo	DDD
Cidade – Município		UF
E-mail:		CEP

**ENDEREÇO PROFISSIONAL**

Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, etc)		Número
Complemento	Bairro	
DDD	Telefone Fixo	DDD
Cidade – Município		UF
E-mail:		CEP

<b>Endereço para correspondência:</b>	( )	<b>Residencial</b>	( )	<b>Profissional</b>
---------------------------------------	-----	--------------------	-----	---------------------

**OBSERVAÇÃO:** Declaro estar ciente de que a falsidade no preenchimento dos dados de endereço (residencial e/ou profissional), pode implicar na sanção prevista no art. 299 do Código Penal.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
(Semelhante ao documento de Identificação)

**ANEXO I – TERMO DE COMPROMISSO**

Eu \_\_\_\_\_, comprometo-me  
a

solicitar o cancelamento de minha inscrição, junto à Secretaria do Conselho Regional de Odontologia de Rondônia, caso deixe de exercer a atividade profissional na jurisdição deste regional. Comprometo-me também a sempre observar as normas e orientações do Código Ético Odontológico, manter-me informado sobre novas resoluções e diretrizes do Conselho Federal e deste Conselho Regional de Odontologia, assim como me comprometo a requerer/solicitar quando necessário os seguintes serviços abaixo:

1. Comprometo-me a manter meus dados atualizados e a solicitar, sempre que houver alterações em minha documentação, a atualização de meus dados cadastrais, conforme art. 9º inciso II do Código Ético Odontológico.
2. Comprometo-me a manter regularizadas minhas obrigações financeiras junto ao Conselho, ciente de que Conforme art. 9º inciso I, do Código Ético Odontológico, além da violação deste artigo, fico ciente que pode caracterizar infração ética acarretando em possível abertura de processo ético, protesto e execução fiscal. Também implicará na possível paralisação de eventuais processos/solicitações que venham a estar e/ou estejam em trâmite.
3. Comprometo-me a, caso esteja exercendo atividade profissional dentro do âmbito das Forças Armadas, solicitar minha isenção de anuidade até o dia 31 de março de cada ano, conforme legislação específica vigente.
4. Comprometo-me a, caso seja indígena, profissional TSB ou ASB, e esteja exercendo atividade profissional no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), solicitar minha isenção de anuidade até o dia 31 de março de cada ano, conforme legislação específica vigente
5. Comprometo-me a cumprir todas as exigências estabelecidas pelo CRO para finalização do meu processo de inscrição, estando ciente que o prazo máximo para cumprimento das exigências é de 90 dias e o descumprimento deste acarretará em indeferimento e arquivamento deste processo de inscrição. O desarquivamento somente poderá ser realizado mediante requerimento específico e novo recolhimento de taxas, conforme Resolução CFO 63/2005 art. 2º §§ 1º e 2º.

\_\_\_\_\_ /

DATA

/ \_\_\_\_\_

ASSINATURA

(Semelhante ao documento de Identificação)

**ANEXO II – CARTEIRA PROFISSIONAL IMPRESSA E DIGITAL****DECLARAÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente de que após a finalização do meu processo de inscrição será necessário realizar o cadastramento da foto 3x4 no site do CFO (<https://identidadedigital.cfo.org.br>) para obtenção da carteira digital através do aplicativo CFO\_ID.

Declaro ainda que ao marcar a opção “Desejo solicitar carteira impressa”, automaticamente autorizo a emissão da taxa de R\$ 27,12 referente a emissão da carteira e que o não pagamento da taxa irá paralisar o processo de inscrição assim como ocasionar seu arquivamento no caso de não pagamento da taxa no prazo de 90 dias a partir do início do processo de inscrição, também estou ciente que este obriga a apresentação da foto tamanho 2x3 no momento da retirada da carteira, não sendo possível retirar a mesma sem a devida apresentação da foto.

Ainda, declaro estar ciente que caso marque a opção “Não desejo a carteira impressa” somente poderá ser solicitada a mesma ao final do processo.

Nesse sentido informo que:

- DESEJO SOLICITAR A CARTEIRA IMPRESSA  
 NÃO DESEJO A CARTEIRA IMPRESSA

\_\_\_\_\_ /

/ \_\_\_\_\_

DATA

ASSINATURA

(Semelhante ao documento de Identificação)

**FOTO 2X3**

A foto precisa seguir os seguintes padrões exigidos pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO.

- Apenas 1 pessoa na imagem
- Fundo branco
- Distância de aproximadamente 0,5 metro
- De frente e com os olhos abertos
- Fisionomia Neutra (sem sorrir ou franzir o cenho)
- Preferencialmente sem óculos (Não são aceitos óculos escuros)
- Boa iluminação (sem sombras ou reflexos)
- Tente enquadrar a ponta do nariz no centro da foto
- O rosto deve ocupar a quase totalidade da foto
- Não usar itens de chapelaria (Exceto os utilizados por motivos religiosos, que, ainda assim, não podem impedir a visualização perfeita do rosto)
- 1 Foto Proporção de 2X3

## ANEXO III – CHECK-LIST

## DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_, assumo a inteira responsabilidade pelas informações prestadas e veracidade da documentação por mim apresentada no Setor de Secretaria e Cadastro deste Conselho Regional de Odontologia de Rondônia de forma (online ou presencial), assinalados abaixo:

- REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (FOLHA 1 E 2)
- CERTIFICADO DE COLAÇÃO DE GRAU (CD)
- DECLARAÇÃO OU CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TPD/TSB/APD/ASB)
- DIPLOMA (CD)
- DIPLOMA OU CERTIFICADO (TPD/TSB/APD/ASB)
- COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (TPD/TSB/APD/ASB)
- RG OU CNH
- FOTO
- CPF
- TÍTULO DE ELEITOR
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO / CASAMENTO / OUTRAS.
- CERTIFICADO DE RESERVISTA (PARA HOMENS)
- COMPROVANTE DE TIPOLOGIA SANGUÍNEA
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO RESIDENCIAL

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações apresentadas implicará nas penalidades cabíveis, notadamente no que diz respeito DOS CRIMES CONTRA A FÉ PÚBLICA; DA FALSIDADE DOCUMENTAL; DE OUTRAS FALSIDADES do Código Penal Brasileiro (Art. 296 ao 308).

Declaro para os fins de direito, que as informações e cópias de documentos encaminhadas para o Setor de Secretaria e Cadastro deste Conselho Regional de Odontologia de Rondônia são verdadeiras e autênticas. E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA ASSINATURA

/ \_\_\_\_\_

(Semelhante ao documento de Identificação)

**ORIENTAÇÃO AOS PROFISSIONAIS CIRURGIÕES-DENTISTAS ORIUNDOS DE OUTROS ESTADOS,  
NOVOS INSCRITOS E OUTRAS INSCRIÇÕES**

O CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICO APROVADO PELA RESOLUÇÃO DO CFO-118/2012 POSSUI VIGÊNCIA NACIONAL, PORÉM NO ESTADO DE RONDÔNIA ESTÁ SENDO ADOTADA A UTILIZAÇÃO DO TERMO DE ESCLARECIMENTO A TODOS OS PROFISSIONAIS QUE VENHAM EXERCER SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS NESTE ESTADO, INCLUINDO A DECISÃO CRO-RO N. 1/2021.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO**

EU, \_\_\_\_\_,  
BRASILEIRO (A), CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA, VENHO ATRAVÉS DO PRESENTE TERMO, FIRMAR COMPROMISSO DE OBSERVÂNCIA ÀS NORMAS CONTIDAS NO CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA E DECISÃO N. 1/2021, ESCLARECENDO INCLUSIVE QUE FUI DEVIDAMENTE ORIENTADO(A) E SANEI TODAS AS DÚVIDAS PERTINENTES A PUBLICIDADE DE ODONTOLOGIA, PRINCIPALMENTE:

1. NÃO DIVULGAR ESPECIALIDADE SEM POSSUIR A INSCRIÇÃO DA MESMA NO CONSELHO (ART. 44, II);
2. NÃO DIVULGAR PREÇOS, DESCONTOS, GRATUIDADE DE ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO E OUTROS TERMOS QUE INDUZAM MODALIDADES DE PAGAMENTO, DIRECIONADA A PACIENTE OU PROFISSIONAL (ART. 44, I);
3. NÃO ACOBERTAR EXERCÍCIO ILEGAL DA ODONTOLOGIA (ART. 9º);
4. OBSERVAR AS ATRIBUIÇÕES DAS ATENDENTES DE CONSULTÓRIO E TÉCNICO EM SUA COMPETÊNCIA ESPECÍFICA (ART. 7º);
5. O USO DA LOGOMARCA NÃO PODE INDUZIR PESSOA JURÍDICA, SEM QUE A MESMA ESTEJA INSCRITA NO CRO-RO.
6. NÃO DIVULGAR TÍTULOS COMO ESPECIALISTAS/ESPECIALIZANDO/MESTRADO/MESTRANDO E DOUTORADO/DOUTORANDO QUE NÃO POSSUA OU QUE NÃO O TENHA SIDO CONCLUÍDO E DEVIDAMENTE INSCRITO NO CRO-RO.
7. NÃO SORTEAR APARELHOS, BRINDES, COM A INTENÇÃO DE AUTOPROMOÇÃO AOS PACIENTES E PROFISSIONAIS (ART. 44);
8. COMUNICAR O CONSELHO QUALQUER ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO (ART. 9º);
9. CUMPRIR COM AS OBRIGAÇÕES LEGAIS PERTINENTES AO PAGAMENTO DAS ANUIDADES E ELEITORAIS (ART. 9º);
10. OBSERVAR SE OS PROFISSIONAIS AUXILIARES (TPD, ASB, TSB) SÃO INSCRITOS NO CONSELHO (ART. 1º);
11. SUBMETER A APRECIÇÃO DO CRO-RO MATERIAL PUBLICITÁRIO ANTES DE SUA DISTRIBUIÇÃO (ART. 44);
12. NÃO PRESTAR SERVIÇOS A CLÍNICAS E PLANOS DE SAÚDE SEM INSCRIÇÃO NO CRO-RO (ART. 8º).
13. OBSERVAR AS NORMAS COMPLEMENTARES, DISCIPLINA E REGULAMENTAÇÃO QUANTO AOS CRITÉRIOS DE PROPAGANDA E PUBLICIDADE COM FINALIDADE DE SENSACIONALISMO E AUTOPROMOÇÃO (DECISÃO CRO-RO N. 1/2021).

POR FIM, DECLARO POSSUIR O CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICO RESOLUÇÃO 118/2012 E ESTAR CIENTE DE TODAS AS VEDAÇÕES EXISTENTES, COMPROMETENDO-ME A OBEDECER ÀS NORMAS ÉTICAS, SOB PENA DE RESPONDER PROCESSO DISCIPLINAR POR QUALQUER INFRAÇÃO.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**



EU, \_\_\_\_\_ declaro que recebi do CRO-RO as informações abaixo, bem como cópia deste informativo:

### **Inscrição Provisória**

De acordo com o art. 123 da Resolução CFO-63/2005, alterado para Resolução CFO-257, de 24 de agosto de 2023 a Cédula Provisória possui validade de 6 (seis) meses prorrogáveis por igual período, mediante solicitação, contado da data da colação de grau, a inscrição provisória será automaticamente caducada no CRO-RO, 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-RO ou delegacia Regional, com no mínimo 4 (quatro) meses antes do vencimento, da inscrição provisória ou no ato do recebimento do diploma de graduação.

De acordo com a Resolução CFO-63/2005, 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 arts. 113 e 125 da Resolução, mesmo o cirurgião-dentista que possuir inscrição provisória, deverá pagar anuidades, taxas e outras obrigações financeiras exigidas dos demais cirurgiões-dentistas.

A anuidade deverá ser paga anualmente até o último 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 último dia útil do mês de janeiro (ou a data constante no bloqueto).

O parcelamento é feito em (5) cinco vezes, de janeiro a maio, sendo que o profissional que não receber os bloquetes 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 bloqueto.

### **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.

### **CD Secundário**

Conforme art. 134 da Resolução 63/2005, entende-se por inscrição secundária aquela a que está obrigado o profissional para exercer a profissão na jurisdição de outro Conselho Regional, além daquele a que se acha vinculado pela inscrição principal ou provisória, exceto no caso a que se refere o § 1º, do artigo 119.

Ainda, no art. 138, a inscrição secundária obriga ao pagamento, também, das taxas e anuidades ao Conselho em que essa seja deferida.

### **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**