

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 Origem na
<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

Endereço para correspondência:	()	Residencial	()	Profissional
---------------------------------------	-----	--------------------	-----	---------------------

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)