

Conselho Regional de Odontologia de Rondônia
Rua Duque de Caxias,508,Caiari - Porto Velho-RO
Telefone: (69) 3221-1813
CRO-RO

PROTOCOLO: _____/_____
PROCESSO CRO-RO: _____/_____

SECRETÁRIA DO CRO-RO

REQUERIMENTO DE ESPECIALIDADE

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do CRO-RO

Venho solicitar a inscrição da minha Especialização, conforme documentos em anexo.

REQUERENTE:

* Inscrição no CRO-RO: _____

*Nome: _____

Especialidade:

- ()1 CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS
- ()2 DENTISTICA RESTAURADORA
- ()3 ENDODONTIA
- ()4 ODONTOLOGIA LEGAL
- ()5 ODONTOLOGIA EM SAUDE COLETIVA
- ()6 ODONTOPEDIATRIA
- ()7 ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL
- ()8 PATOLOGIA ORAL E MAXILO FACIAL
- ()9 PERIODONTIA
- ()10 PROTESE BUCO MAXILO FACIAL
- ()11 PROTESE DENTARIA
- ()12 RADIOLOGIA
- ()13 IMPLANTODONTIA
- ()14 ESTOMATOLOGIA
- ()15 DENTISTICA
- ()16 SAUDE COLETIVA
- ()17 ORTODONTIA
- ()18 RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA
- ()19 DISFUNCAO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL
- ()20 ODONTOLOGIA DO TRABALHO
- ()21 ODONTOLOGIA P/ PACIENTES C/ NECESSIDADES ESPECIAIS
- ()22 ODONTOGERIATRIA
- ()23 ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES
- ()24 ACUPUNTURA
- ()25 HOMEOPATIA
- ()26 ODONTOLOGIA DO ESPORTE
- ()27 HARMONIZACAO OROFACIAL

Declaro para os devidos fins de inscrição, que este requerimento só terá validade acompanhada dos documentos obrigatórios necessários para esta inscrição.

Data: ____/____/____.

Assinatura