FICHA DE INSCRIÇÃO DE ESPECIALISTA

Conselho Regional de Odontologia do Amazonas

|  |
| --- |
|  |

-----------

--

Fls:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proc. CRO-AM\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Rubrica : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº Protocolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº Processo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRO-AM sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho mui respeitosamente solicitar a V. Sa., o registro e inscrição como especialista em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos termos da alínea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do artigo 38, das normas aprovadas pela **Resolução CFO 185/93.**

Nestes termos.

Pede deferimento

Manaus, \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

Rua/ Av./ etc. Nº Complemento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Bairro Muniípio UF CEP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Telefone: Cel. E-mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) | ( ) |  |

**ENDEREÇO COMERCIAL**

Rua/ Av./ etc. Nº Complemento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Bairro Muniípio UF CEP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Telefone: Cel. E-mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) |  ( ) |  |

|  |
| --- |
| **PARA USO DO CRO** |
| REGISTRO DO DIPLOMA DE CIRURGIÃO - DENTISTA |
|  **REPARTIÇÃO:** CFONúmero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fls \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Liv\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | **REPARTIÇÃO:** MECNúmero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fls \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Liv\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | **REAPARTIÇÃO:** CRONúmero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fls \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Liv\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| RECEBI O CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Manaus, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura |