



## INSCRIÇÃO DE ESPECIALIDADE

Nº do Protocolo	Nº do Processo

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

O(a) profissional, \_\_\_\_\_, inscrito(a) nesse CRO sob o nº \_\_\_\_\_, vem mui respeitosamente, solicitar a V. Sa. seu registro como especialista em :

Acupuntura;                      Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais;                      Dentística;  
Endodontia;                      Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial;                      Estomatologia;  
Homeopatia;                      Implantodontia;                      Odontologia de esportes;                      Odontogeriatrics;  
Periodontia;                      Odontopediatria;                      Odontologia Legal;                      Ortodontia;  
Odontologia para P.N.E.;                      Odontologia do Trabalho;                      Prótese Dentária;  
Patologia Oral e Maxilo-Facial;                      Ortopedia Funcional dos Maxilares;  
Prótese Buco-Maxilo-Facial;                      Radiologia Odontológica e Imaginologia;

Conforme os termos do artigo 39, das normas aprovadas pela Resolução CFO-63/2005.

Nestes termos.  
Pede Deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua/Av.: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ C.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_