

# CROSP

## INSCRIÇÃO E REGISTRO DE HABILITAÇÃO

Fls nº \_\_\_\_\_

Proc.CRO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rubrica

Ilmo. Senhor Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo

Número do Protocolo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Processo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito(a) neste CROSP sob o nº \_\_\_\_\_, venho, mui respeitosamente solicitar a V.Sa., o registro no CFO e inscrição nesse Regional de Habilidade a aplicar Analgesia Relativa ou Sedação Consciente, com base na Resolução CFO 51/2004.

Nestes termos.

Pede deferimento.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura

### Endereço Residencial

<b>Rua / Av. / etc</b>	<b>nº</b>	<b>Complemento</b>
_____	_____	_____
<b>Bairro</b>	<b>Município</b>	<b>UF</b>
_____	_____	_____
<b>Telefone</b>	_____	
( ) _____	/ FAX: ( ) _____	

### Endereço Profissional

<b>Rua / Av. / etc</b>	<b>nº</b>	<b>Complemento</b>
_____	_____	_____
<b>Bairro</b>	<b>Município</b>	<b>UF</b>
_____	_____	_____
<b>Telefone</b>	_____	
( ) _____	/ FAX: ( ) _____	

Opção para correspondência:

Residencial

Profissional

## PARA USO DO CRO

### REGISTRO DO DIPLOMA DE CIRURGIÃO-DENTISTA

**REPARTIÇÃO: CFO**

Número \_\_\_\_\_

Folhas \_\_\_\_\_ Livro \_\_\_\_\_

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

**REPARTIÇÃO: CRO**

Número \_\_\_\_\_

Folhas \_\_\_\_\_ Livro \_\_\_\_\_

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

Recebi o certificado de habilitado

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Cirurgião(ã) Dentista