

<b>01</b>	<b>CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO</b> <b>FICHA DE INSTRUÇÃO</b> <i>Entidade representativa da Classe registrada no CFO</i>
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ilustríssimo Senhor Presidente  
do Conselho Regional de Odontologia d \_\_\_\_\_

Entidade Promotora: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vem requerer a V.Sª se digne encaminhar, ao Conselho Federal de Odontologia, o pedido de **CRENCIAMENTO** do curso de especialização em:

\_\_\_\_\_

Período de realização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**N.T.**  
**P.E. Deferimento**

\_\_\_\_\_  
*local e data*

\_\_\_\_\_  
*assinatura*

**ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

- **Relação das disciplinas por área de concentração e conexas (Anexo I).**
- **Relação do corpo docente (Anexo II e III).**
- **Conteúdo programático das disciplinas por área de concentração e conexas (Anexo IV).**
- **Aquiescência dos professores da área de concentração e das disciplinas obrigatórias (Anexo V).**
- **Relação do corpo docente acompanhada das respectivas titulações.**
- **Cronograma de desenvolvimento do curso em todas as fases.**
- **Comprovação da disponibilidade de local, instalações e equipamentos adequados ao funcionamento do curso.**
- **Comprovação da existência de uma relação professor/aluno compatível com a especialidade (área de concentração) relação professor/aluno: 1/4.**
- **Comprovação da capacidade financeira para manutenção do curso.**

Entidade Promotora: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Período de realização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. Endereço do local onde será realizado o curso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Coordenador(a): \_\_\_\_\_

CRO- \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

5. Qualificação do(a) coordenador(a): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. CARGA HORÁRIA:  
*(junto acompanha, devidamente preenchido o anexo I deste requerimento)*

CARGA HORÁRIA TOTAL		HORAS
Área de Concentração	.....	horas
Parte Prática	.....	horas
Parte Teórica	.....	horas
Área Conexa	.....	horas

7. Jornada semanal: \_\_\_\_\_

8. Jornada diárias de aulas: \_\_\_\_\_

9. Horário em que serão ministradas as aulas:

HORÁRIO	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	Sábado
Manhã						
Tarde						
Noite						

SEMANAL

QUINZENAL

MENSAL

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Número de vagas fixadas: \_\_\_\_\_

11. Critério de seleção de candidatos:

Prova prática:

Prova escrita:

Proficiência em inglês:

Exame de "Curriculum Vitae":

Exame com banca examinadora:

Outros: Entrevista pessoal, ser inscrito no CRO como CD:

Outros: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





**ANEXO V****AQUIESCÊNCIA**

*Para fins de cumprimento da Resolução CFO-63/2005 do Conselho Federal de Odontologia, concordo em ministrar aulas no curso supracitado.*

Professor(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professor(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professor(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professor(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Disciplina: **Ética e Legislação Odontológica**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professor(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Disciplina: **Metodologia**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Professor(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Disciplina: **Bioética**

Assinatura: \_\_\_\_\_

