

<b>02</b>	<b>CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO</b> <b>FICHA DE INSTRUÇÃO</b> <i>Instituição de Ensino Superior</i>
-----------	--

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

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

Vem requerer a V.S<sup>a</sup> o pedido de **RECONHECIMENTO** 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.**
- **Documento comprobatório da aprovação do curso de especialização pelo Conselho Superior e Pesquisa da Universidade ou Colegiado Similar.**
- **Comprovação da existência de uma relação professor/aluno compatível com a especialidade (área de concentração) relação professor/aluno: 1/4.**
- **Declaração assinada pelo representante legal da Instituição de que há infraestrutura para a instalação do curso requerido.**

Entidade Promotora: \_\_\_\_\_ 2  
\_\_\_\_\_

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:

3

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:** \_\_\_\_\_

