

Ilustríssimo Senhor Presidente  
do Conselho Regional de Odontologia d \_\_\_\_\_ ,  
venho requerer a V.S<sup>a</sup> o pedido de autorização para o curso em práticas  
integrativas e complementares à saúde bucal, na área de:

ACUNPUTURA       FITOTERAPIA       HIPNOSE   
TERAPIA FLORAL       HOMEOPATIA       LASERTERAPIA

01. Entidade promotora:

---

---

02. Características da Entidade Promotora:

<input type="checkbox"/>	Entidade de ensino superior com registro no mec.
<input type="checkbox"/>	Entidade não-educacional com registro no mec.
<input type="checkbox"/>	Entidade de classe odontológica.
<input type="checkbox"/>	Entidade de classe de outras áreas da saúde.
<input type="checkbox"/>	Entidade de classe de áreas específicas de terapias complementares.

03. Endereço do local onde será realizado o curso:

---

---

---

04. Nome do Responsável:

---

\_\_\_\_\_ CRO- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

05. Período de realização do curso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

06. Carga Horária:

<b>Carga horária total</b>	
<b>Aulas práticas</b>	
<b>Aulas teóricas</b>	

07. Horário em que serão ministradas as aulas:

Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado
Manhã						
Tarde						
Noite						

Periodicidade:

SEMANAL

QUINZENAL

MENSAL

08. Número de vagas: \_\_\_\_\_

09. Corpo Docente:

Nome do professor/titulação	Nº inscrição do profissional	Nome da disciplina

10. Programa do Curso:

Nome da Disciplina	Conteúdo	Carga horária
		<b>Total:</b>

**N.T.**

*P.E. Deferimento*

\_\_\_\_\_

*local e data*

\_\_\_\_\_

*Assinatura*