

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:

| <b>Horário</b> | <b>2<sup>a</sup></b> | <b>3<sup>a</sup></b> | <b>4<sup>a</sup></b> | <b>5<sup>a</sup></b> | <b>6<sup>a</sup></b> | <b>Sábado</b> |
|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| <b>Manhã</b>   |                      |                      |                      |                      |                      |               |
| <b>Tarde</b>   |                      |                      |                      |                      |                      |               |
| <b>Noite</b>   |                      |                      |                      |                      |                      |               |

Periodicidade:

**SEMANAL**

**QUINZENAL**

**MENSAL**

08. Número de vagas: \_\_\_\_\_

09. Corpo Docente:

| <b>Nome do professor/titulação</b> | <b>Nº inscrição do profissional</b> | <b>Nome da disciplina</b> |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
|                                    |                                     |                           |
|                                    |                                     |                           |
|                                    |                                     |                           |
|                                    |                                     |                           |
|                                    |                                     |                           |

10. Programa do Curso:

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

**N.T.**

*P.E. Deferimento*

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

\_\_\_\_\_  
*Assinatura*