

Ilustríssimo Senhor Presidente
do Conselho Regional de Odontologia d _____,
venho requerer a V.Sª o pedido de autorização para o curso em práticas
integrativas e complementares à saúde bucal, na área de:

ACUPUNTURA

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:

Carga horária total	
Aulas práticas	
Aulas teóricas	

