



**Ao Senhor Presidente  
Do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo**

Eu, \_\_\_\_\_, profissional regularmente inscrito(a) no CROSP sob o nº \_\_\_\_\_, condenado à pena prevista no inciso ( ) I – Advertência Confidencial, em Aviso Reservado; ( ) II – Censura Confidencial, em Aviso Reservado; ( ) III – Censura Pública, em Publicação Oficial; ( ) IV – Suspensão do Exercício Profissional; ( ) V – Cassação do Exercício Profissional, “ad referendum” do Conselho Federal de Odontologia, do Artigo 40 do Código de Ética Odontológica, vem à presença de Vossa Senhoria para requerer a instauração de

**PROCESSO de REABILITAÇÃO**

de acordo com o disposto no inciso ( ) I; ( ) II; ( ) III; ( ) IV do Artigo 49 do Código de Processo Ético Odontológico.

Declaro, sob as penas do Art. 299 do Código Penal, que no período decorrido desde a condenação ao tempo presente, observei o efetivo e bom comportamento público e privado, conforme requisito expresso no inciso II do Art. 50 do Código de Processo Ético Odontológico.

Apresento, anexo, declaração dos colegas, cirurgiões(ões)-dentistas

Dr(a). \_\_\_\_\_ - CROSP \_\_\_\_\_;

Dr(a). \_\_\_\_\_ - CROSP \_\_\_\_\_ e

Dr(a). \_\_\_\_\_ - CROSP \_\_\_\_\_, atestando minha idoneidade.

Aguardo deferimento e comunicação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

**O VERSO CONTÉM INFORMAÇÕES PARA INSTRUIR O PROCESSO**

**FOLHA DE INFORMAÇÃO PARA PROCESSO DE REABILITAÇÃO ÉTICA**

Interessado: \_\_\_\_\_ - CROSP \_\_\_\_\_

**Para uso da Secretaria da Comissão de Ética:**

À Cobrança: Para informar a situação financeira do requerente.

Ao Cadastro: Para informar se o requerente foi inscrito em outros CRO's no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo e Rubrica: \_\_\_\_\_

**Para uso do Setor de Cobrança:**A situação financeira do requerente é a seguinte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo e Rubrica: \_\_\_\_\_

**Para uso do Setor de Cadastro:**

O requerente, no período citado:

 Foi inscrito em outro CRO       Não foi inscrito em outro CRO;

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo e Rubrica: \_\_\_\_\_

**Para uso da Procuradoria Jurídica da Comissão de Ética:**Ao Sr. Presidente da C.E.O.: O requerente  tem;  não tem direito a reabilitação.Favor  encaminhar o pedido ao Sr. Presidente do CROSP;  determinar o arquivamento.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo e Rubrica: \_\_\_\_\_

**Para uso da Presidência da Comissão de Ética:** De acordo. Encaminhe-se ao Sr. Presidente do CROSP Arquive-se o processo.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Presidente da CEO: \_\_\_\_\_

**Para uso da Presidência do CROSP****DEFIRO** o processamento do Pedido de Reabilitação. Inclua-se em parte da reunião plenária extraordinária do CROSP. Envie-se o processo ao CFO, como recurso de ofício, para os fins do Artigo 53 do Código de Processo Ético Odontológico.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Presidente do CROSP: \_\_\_\_\_

**Para uso do CFO** O requerente responde a ação ética em outras jurisdições dos Conselhos Regionais desde a condenação motivo do pedido de reabilitação. Art.50, Inciso I do Código de Processo Ético Odontológico. O requerente não responde a ação ética em outras jurisdições dos Conselhos Regionais desde a condenação motivo do pedido de reabilitação. Art.50, Inciso I do Código de Processo Ético Odontológico.