



AL

CONSELHO REGIONAL  
DE ODONTOLOGIA  
DE ALAGOAS



## REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA O EXERCÍCIO EVENTUAL OU TEMPORÁRIO DA ODONTOLOGIA NO ESTADO DE ALAGOAS

Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Alagoas.

Eu, \_\_\_\_\_,

portador do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,

solicito a este Regional a autorização provisória para o exercício eventual ou temporário<sup>1</sup>

da odontologia no estado de Alagoas no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (**máximo: 90 dias consecutivos**), com base no art. 119, em seu caput

e § 1º, da Resolução CFO 63/2005.

• **Categoria profissional:** ( ) CD ( ) TSB ( ) ASB ( ) APD ( ) TPD

• **Número de Inscrição do CRO de origem:** \_\_\_\_\_

Neste termos, peço deferimento.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE (CONFORME O DOCUMENTO DE IDENTIDADE)

### Endereço profissional

Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Caso o exercício da odontologia no Estado de Alagoas tenha caráter não eventual ou temporário, não será cabível o presente pedido, de modo que o profissional deverá requerer a transferência de sua inscrição ou a inscrição secundária