



AL

CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA
DE ALAGOAS



ORIENTAÇÕES PARA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE INSCRIÇÃO

Conforme determina a Resolução CFO 63/2005:

Art. 156. Poderá o profissional requerer a suspensão temporária de sua inscrição, quando ficar comprovadamente afastado do exercício de suas atividades profissionais, sem percepção de qualquer vantagem pecuniária delas decorrentes, por motivo de doença, por ocupar cargo eletivo ou motivo de estudo no exterior.

Parágrafo único. Somente será deferido o pedido de suspensão temporária de profissional quite com todas suas obrigações financeiras para com a Autarquia e que não esteja respondendo a processo ético.

DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA ABERTURA DE PROTOCOLO:

- Requerimento de suspensão temporária preenchido e assinado (em anexo);
- Documentos comprobatórios:

Para casos de doença:

- Relatório médico datado, assinado e carimbado pelo médico com indicação do CID e nome da doença da qual é portador o inscrito, e, obrigatoriamente, deve conter neste relatório o período necessário de tratamento e afastamento profissional;
- Exame médico que ACOMPANHE O RELATÓRIO MÉDICO, comprovando a doença.

Para casos de estudo no exterior:

- Comprovação de matrícula ou aceite de inscrição em curso no exterior, com data inicial e final.

Para casos de cargo eletivo:

- Documento comprobatório da posse do cargo eletivo – comprovação junto ao TSE.

Observação: Não serão acatados pedidos que não constarem os anexos comprobatórios conforme especificados acima.

Após a solicitação da suspensão temporária, o pedido será previamente analisado e o profissional será notificado da decisão pelo e-mail.



AL

CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA
DE ALAGOAS



REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE INSCRIÇÃO

Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Alagoas.

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, inscrito(a) no CRO-AL sob o número _____, residente e domiciliado(a) no endereço _____, solicito a este Regional a **suspensão temporária** da minha inscrição na categoria de () CD () ASB () TSB () TPD () APD, com base no Art. 156 da Resolução CFO 63/2005, **por motivo de:**

- () Doença
() Estudo no exterior
() Ocupar cargo eletivo

Período:

____/____/____ a ____/____/____.

Nessa oportunidade, DECLARO estar ciente das seguintes informações:

1. Só serão acatadas as solicitações com a documentação completa e todos os dados devidamente preenchidos;
2. Documentações em outro idioma deverão ser apresentadas com a tradução;
3. Caso existam pendências, a não resolução destas no prazo concedido implicará no indeferimento e arquivamento do pedido;
4. A documentação apresentada é de responsabilidade do solicitante e se presume verdadeira, e em caso de constatação de falsidade serão tomadas as medidas civis, penais e administrativas cabíveis.

Confirmo, ainda, estar ciente de que **findo o prazo para a suspensão de minha inscrição, ela será reativada e gerará cobrança de anuidades**, que, se inadimplidas, estarão sujeitas à cobrança judicial. Sendo assim, **comprometo-me a requerer em tempo hábil a solicitação de prorrogação do prazo concedido para a suspensão**, se necessário, **ou requerer a reativação da inscrição** caso retome o exercício de minhas atividades antes do término do prazo informado para a suspensão.

Nestes termos, pede deferimento.

Maceió, ____ de _____ de _____.

Requerente
(Assinatura conforme documento de identidade)

Rua Coronel Francisco Silva, 290 - Pitanguinha - CEP 57052-190 - Maceió – AL

TELEFAX: (82) 3223-5125 / 9141-2629 Whatsapp - <http://www.croal.org.br/> - inscricao@croal.org.br