

## AUTORIZAÇÃO PROVISÓRIA PARA O EXERCÍCIO EVENTUAL OU TEMPORÁRIO DA ODONTOLOGIA NO ESTADO DA PARAÍBA

Conforme determina a Resolução CFO 63/2005, art. 119, § 1º “a inscrição principal habilita ao exercício permanente da atividade na área da jurisdição do Conselho Regional respectivo e, no caso de pessoa física, ao exercício eventual ou temporário da atividade em qualquer parte do território nacional.”

Dessa forma, a norma considera exercício eventual ou temporário da atividade aquele que não exceda o prazo de 90 (noventa) dias consecutivos, exigindo-se, para tal, o visto na carteira de identidade profissional, pelo Conselho da jurisdição.

Posto isso, quem pode solicitar:

O Cirurgião-Dentista que possua a inscrição principal ativa em outro Estado e pretenda exercer a odontologia na Paraíba, de forma eventual ou temporária, desde que não exceda o prazo de 90 dias.

Documentos necessários:

1. Requerimento preenchido e assinado – disponível abaixo ou em <http://www.cropb.org.br/>;
2. Documento de identificação e CPF;
3. Certidão de Regularidade do CRO de origem.

Observação:

- A) A assinatura do requerimento deverá ser igual ao documento de identificação apresentado.
- B) Os documentos deverão ser enviados para o e-mail [atendimento@cropb.org.br](mailto:atendimento@cropb.org.br) com o título: “Visto temporário” ou presencialmente no CRO-PB.
- C) Caso o exercício da odontologia no estado da Paraíba tenha caráter não eventual ou temporário, não será cabível o presente pedido, de modo que o profissional deverá requerer a transferência da sua inscrição ou a inscrição secundária.

**REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PROVISÓRIA PARA O EXERCÍCIO  
EVENTUAL OU TEMPORÁRIO DA ODONTOLOGIA NO ESTADO DA PARAÍBA**

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia da Paraíba,

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 da Paraíba no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com base no art. 119,  
caput, da Resolução CFO 63/2005 c/c o parágrafo primeiro do mesmo artigo.

- **Categoria profissional:**  CD  TSB  ASB  APD  TPD
- **Número de Inscrição do CRO de origem:** \_\_\_\_\_

Neste termos,  
pede deferimento.

Local, \_\_\_\_\_ Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Requerente**

**Assinar à mão, conforme o documento de identidade enviado para conferência da assinatura.**

Endereço profissional:

Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

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

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

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

<sup>1</sup> Caso o exercício da odontologia no Estado da Paraíba 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.

Sede João Pessoa | Av. João Machado, 894, Centro, CEP 58013 520 | Tel (83) 3513-0202 | [cropb@cropb.org.br](mailto:cropb@cropb.org.br)

Del. Reg. Campina Grande | R. Nazinha Góes Albuquerque, 61, Catolé, CEP 58410 485 | Tel (83) 3065-3297 | [campinagrande@cropb.org.br](mailto:campinagrande@cropb.org.br)

Del. Reg. Patos | R. Dr. Pedro Firmino, 107, Sl 801, Milindra Empresarial Center, Centro, CEP 58700 070 | Tel: (83) 3421-3229 | [patos@cropb.org.br](mailto:patos@cropb.org.br)

Del. Reg. Cajazeiras | Rua Barão do Rio Branco, 279, Centro, CEP 58900 000 | Tel: (83) 3531-7414 | [cajazeiras@cropb.org.br](mailto:cajazeiras@cropb.org.br)