



**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RONDONIA**

**SOLICITAÇÃO DE VISTO PROVISÓRIO (90 dias Corridos)  
(Res. CFM 1948/2010)**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nascido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Registrado(a) no CRM- \_\_\_\_\_ Sob o número: \_\_\_\_\_

Vem solicitar a V.Sa. a concessão de **“Visto Provisório”** neste Conselho, pelo prazo de **90 dias**, para a finalidade de \_\_\_\_\_ ;  
de acordo com o Art. 1º Res. CFM nº 1948/2010, anexando para esse fim a Carteira Profissional de Médico.

Nestes termos pede deferimento,

Porto Velho - RO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do médico)

**Endereço do local de trabalho:**

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_