



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CRMV-RJ

FORMULÁRIO DE ISENÇÃO
POR IDADE E TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

| | | |
|--|--------|------------------------|
| DADOS DO PROFISSIONAL | NOME | () Médico Veterinário |
| | | () Zootecnista |
| Número de Inscrição no CRMV-RJ | CPF | E-mail |
| Endereço | Bairro | |
| Município/UF | CEP: | DDD e Telefone |
| Endereço de Correspondência (Se houver) (Rua n.º Caixa Postal) | Bairro | |
| Município/UF | CEP: | DDD e Telefone |

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer isenção do pagamento das anuidades do CRMV-RJ.**

Declaro me enquadrar no artigo 1º da Resolução CFMV Nº 1022 de 27 de fevereiro de 2013, atendendo aos seguintes requisitos:

() Homem: ter idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos e 35 (trinta e cinco) anos de contribuição, ininterruptos ou não.

() Mulher: ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e 30 (trinta) anos de contribuição, ininterruptos ou não.

Nestes termos, pede deferimento.

Local/Data

Assinatura