



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

FORMULÁRIO DE ISENÇÃO
MÉDICO VETERINÁRIO MILITAR

DADOS DO PROFISSIONAL		
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

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

II - Declaro me enquadrar no § 2º do artigo 11 da Resolução CFMV Nº 1041 de 13 de dezembro de 2013, conforme documento em anexo.

III - Estou ciente de que, desligando-me do serviço ativo, cessará automaticamente a aplicação do supracitado artigo. Por este motivo, deverei comunicar imediatamente este fato ao CRMV-RJ, de acordo com a Resolução 1041/2013, bem como da LEI 6681/1979.

Nestes termos, pede deferimento.

Local/Data

Assinatura