



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

FORMULÁRIO DE ISENÇÃO

MÉDICO VETERINÁRIO MILITAR DO EXÉRCITO

DADOS DO PROFISSIONAL	NOME	() Médico Veterinário
	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 § 2º do artigo 7 da Resolução CFMV Nº 1475 de 16 de setembro de 2022, conforme documento em anexo.

I - 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 CFMV nº 1475/2022 e Leis nº 6.885, de 1980, e nº 6.681, de 16 de agosto de 1979.

Nestes termos, pede deferimento.

Local/Data

Assinatura