



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – CRMV/RJ



REQUERIMENTO DE ISENÇÃO - POR IDADE E TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

Nome Completo:		CPF:
Número do CRMV-RJ:	Classe: () Médico-Veterinário () Zootecnista	
RG:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição:
DDD () Telefone de Contato:	E-mail:	
Endereço de Residência (Rua/AV) e N°:		Bairro:
Complemento:	Município/UF:	CEP:
Endereço Para Correspondência é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, preencher o campo abaixo:		
(Rua/AV) e N°:		Bairro:
Complemento:	Município/UF:	CEP:

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

I - Declaro me enquadrar no artigo 1º da Resolução CFMV N° 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.

II- Estou ciente, que satisfeitos os requisitos desta Resolução, a isenção será garantida a partir da apresentação do requerimento ao CRMV, nos termos do §1º, sendo devidos os duodécimos até a data do requerimento.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade.

Assinatura do (a) Profissional:	Local e Data:
_____	_____, ____/____/____.

Rua da Alfândega, nº 91 – 14º andar - Centro – CEP 20-070-003 – Rio de Janeiro – RJ – Tel:(21) 2576-7281

crmvrj@crmvrj.org.br – <http://www.crmvrj.org.br>