

DECLARAÇÃO
MÉDICO MILITAR COM EXERCÍCIO EXCLUSIVO NA ÁREA MILITAR

Nome: _____,
brasileiro(a), _____, (estado civil) médico(a) inscrito(a) no
Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, sob o
nº _____ declaro, para os devidos fins previstos no parágrafo único do
art. 5º da Lei nº 6.681, de 16 de agosto de 1979, que exerço exclusivamente a
função de médico militar, desde ____/____/____, não desenvolvendo
qualquer atividade profissional médica na área civil e que me comprometo a
remeter a este Conselho Regional de Medicina, até o dia 28 de fevereiro de cada
ano, a documentação comprobatória da situação exclusivamente militar.

Estou ciente de que a não apresentação desta documentação até o dia 28 de
fevereiro de cada ano, autorizará o Conselho Regional de Medicina do Estado do
Rio Grande do Sul, a me considerar médico civil.

Estou ciente, ainda, de que se passar a exercer também a atividade profissional
médica na área civil, deverei procurar de imediato a sede deste Conselho,
declarando por escrito a mudança de situação.

_____, ____/____/____
(nome da cidade) (data)

Assinatura do(a) Médico(a)