



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Q. 01 – Centro Empresarial Parque Brasília – 2º andar – salas 201/202 - Setor de Indústrias Gráficas 70610-410 –
Brasília – DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

MÉDICO MILITAR

É concedida ao médico em atividade exclusivamente militar

CRM/DF Nº _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES: () _____ e-mail _____

() Registro de Médico Militar

- anexar carteira profissional médica - livro verde
- anexar Declaração expedida pelo respectivo órgão militar, comprovando o exercício exclusivamente militar.

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 até o dia **28 de fevereiro de cada ano** a documentação comprobatória da situação exclusiva militar.

Estou ciente, que se passar a exercer também atividade profissional médica na área civil, deverei procurar de imediato a sede deste Conselho, declarando por escrito a mudança de situação. Também, que a declaração falsa poderá acarretar abertura de Processo Ético Profissional.

() Cancelamento de Registro de Médico Militar

- anexar carteira profissional médica - livro verde

() **O ENVIO SÓ SERÁ FEITO PARA FORA DE BRASÍLIA**

Solicito que envie minha Carteira Profissional Médica (livro verde) pelo correio e me responsabilizo por qualquer dano que possa ocorrer na postagem. Endereço para envio:

CEP: _____

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do solicitante

Retirei minha Carteira Profissional Médica com a devida anotação em:

____/____/____
DATA

Assinatura