



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

Estou ciente de que a não apresentação desta documentação até o dia 28/2 de cada ano autorizará o Conselho 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.

Porto Velho - RO, ____/____/____

(Assinatura do médico)