



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC

DECLARAÇÃO

(Médico Militar com exercício exclusivo na área militar)

Dr (a) _____, brasileiro (a),
(estado civil) _____, médico (a) inscrito (a) no Conselho Regional
de Medicina do Estado de Santa Catarina sob o nº (CRM) _____, 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 (a) 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 28/02 de cada ano
autorizará o Conselho a me considerar médico (a) 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.

_____, ____/____/20____.

Assinatura do (a) Médico (a)