**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE POR EXERCER ATIVIDADES EXCLUSIVAS NAS FORÇAS ARMADAS**

**(Art. 255 – Resolução CFO-63/2005)**

***A(o) Presidente do Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso do Sul***

**Dados do Profissional**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | Nº CRO-MS: | | |
| Endereço: | | Nº: | | Compl. | |
| Bairro: | Cidade: | UF: | | | CEP: |
| Celular: | E-mail: | | | | |

**Venho, pelo presente, requerer ao CRO/MS a isenção de pagamento da anuidade referente ao ano (s) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme Art. 255 da Resolução CFO-63/2005, por estar exercendo minhas atividades profissionais exclusivamente nas Forças Armadas.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Campo Grande, MS, \_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura)

**DECLARAÇÃO**

**Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

Cirurgião(a)–Dentista, inscrito (a) nesse Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso do Sul, sob o nº \_\_\_\_\_\_, para fins de me beneficiar no art. 255 da Resolução CFO- 63/2005, **DECLARO,** sob as penas cominadas pelo art. 299 do Código Penal, que não exerço atividade profissional na área civil, atuando exclusivamente no âmbito das Forças Armadas. **DECLARO** ainda, estar ciente que deverei renovar anualmente a solicitação sob enfoque, no prazo assinalado na citação Resolução, sob pena de ter a suspensão da isenção concedida. Por fim declaro-me ciente de que ao me desligar do Serviço Ativo das Forças Armadas devo requere a esse CRO/MS o imediato cancelamento da isenção decorrente da qualidade de “cirurgião-dentista militar”, tanto quanto na hipótese de passar a exercer atividade privativa de cirurgião-dentista na vida civil, circunstancia que também afasta a incidência do benefício fiscal em referência.

Campo Grande, MS, \_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura)

**DECLARAÇÃO**

**DECLARO,** sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações e os documentos apresentados.

**DECLARO** estar ciente de que prestar declaração falsa caracteriza o crime previsto no art. 299, do Código Penal e que por tal crime serei responsabilizado, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Nestes termos, firmo o presente.

Campo Grande, MS, \_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura)