|  |
| --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA****VETERINÁRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980RESOLUÇÃO CFMV Nº. 683/2001 | RESOLUÇÃO CFMV Nº. 1475/2022 |

**DEFESA CONTRA COBRANÇA DE ANUIDADE**

(Pessoa Jurídica, Consultório Veterinário, Produtor Rural ou Autônomo)

**1 - DADOS DO ESTABELECIMENTO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razão Social do Estabelecimento | Número CRMV-SC | CNPJ ou CPF |
|  |  |  |
| Nome Fantasia | E-mail |
|  |  |
| Nome do Proprietário | CPF do Proprietário |
|  |  |
| Endereço do Estabelecimento | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| Endereço de Correspondência do Estabelecimento | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |

**2 - JUSTIFICATIVA: (Podem ser anexados documentos complementares à defesa administrativa)**

|  |
| --- |
|  |

Por ser verdade as informações acima, firmo a presente.

Local e data:

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

Assinatura do Proprietário ou Responsável