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

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE PAGAMENTO DA ANUIDADE PROFISSIONAL**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina, venho à presença de Vossa Senhoria requerer a requerer a Isenção de Pagamento da Anuidade Profissional, prevista na Resolução CFMV nº 1.022 de 27 de fevereiro de 2013.

**1 - DADOS DO PROFISSIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional | | | Número CRMV-SC | Formação Profissional | | | | |
|  | | |  |  | Med. Veterinária | |  | Zootecnia |
| Endereço | | Número | Bairro | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
| Município/UF | | Cep | DDD e Telefone | | | DDD e Celular | | |
|  | |  |  | | |  | | |
| E-mail | | | CPF | | | | | |
|  | | |  | | | | | |
| Estado Civil | | | RG | | | | | |
|  | | |  | | | | | |
| Banco | Agência | | Conta Corrente | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |

Declaro que estou registrado no sistema CFMV/CRMVs desde \_\_\_\_\_\_\_\_, data de meu primeiro registro no Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_, e que possuo \_\_\_\_\_\_\_ anos de idade, atendendo aos requisitos estabelecidos na referida resolução.

Por ser verdade as informações acima, firmo o presente.

Local e data:

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

Assinatura do Profissional