**REQUERIMENTO PARA ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE ANUIDADE**

SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINARIA DO ESTADO DO AMAZONAS – CRMV-AM

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

( ) Médico(a) Veterinário(a),( ) Zootecnista, CRMV-AM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente na Rua/AV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Complemento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, UF\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefone nº ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular n°( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem mui respeitosamente solicitar a ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE ANUIDADES, conforme **art. 1º da Resolução CFMV n. 1022, de 27 de fevereiro de 2013.**

Declaro que atendo os requisitos:

* Se homem, possuir idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos e 35 (trinta e cinco) anos de contribuição para o sistema CFMV/CRMVs.
* Se mulher, possuir idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e 30 (trinta) anos de contribuição para o sistema CFMV/CRMVs.

 Manaus \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_ de 2020

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

(Assinatura)