**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. 1041/2013

| PROTOCOLO: | | | |
|---|---|---|---|
| DATA: | | | |

# DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL E ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - DAP

## 1 - DADOS DO PROFISSIONAL

| Nome do Profissional | | Número CRMV-SC | Formação Profissional | |
|---|---|---|---|---|
| THIAGO HENRIQUE CORDEIRO | | 04205 VS | Med. Veterinária | Zootecnia |
| Endereço | Número | Bairro | | |
| AV. MARECHAL CASTELO BRANCO | 273 | POPULAR | | |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular | |
| LAGES/SC | 88526-601 | (49) 99199-1230 | (49) 99199-1230 | |
| Endereço de Correspondência | Número | Bairro | | |
| RUA JOAQUIM OLIVEIRA WALTRICK | 27 | BRUSQUE | | |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular | |
| LAGES/SC | 88503000 | 49) 99199-1230 | 49) 99199-1230 | |
| E-mail | | CPF | | |
| thiago@tcagronegocios.com.br | | 285.541.608-60 | | |

Preencher com as atividades profissionais em que atua como empregado(a), **QUE NÃO SEJA ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA.** A solicitação de Responsabilidade Técnica estará condicionada a esta Declaração. A omissão de informações ou o repasse de informações enganosas sujeitará o profissional às penalidades éticas previstas. Os dados informados serão utilizados também para atualização de cadastro.

É vedado ao médico veterinário que assuma RT exercê-la nos estabelecimentos de qualquer espécie, sujeitos à fiscalização e/ou inspeção de órgão público oficial, no qual exerça cargo, emprego ou função, com atribuições de fiscalização e/ou inspeção.

Declaro para os devidos fins que ( ) **NÃO POSSUO** ( X ) **POSSUO,** vínculo empregatício com o órgão:
( ) **FEDERAL** ( ) **ESTADUAL** ( X ) **MUNICIPAL** ( ) **EMP. PRIVADA**

## 2 - DADOS DO ORGÃO (S)

| Informe o nome do órgão a qual possui vínculo: | Cidade | Carga Horária Semanal |
|---|---|---|
| SECRETÁRIO MUNICIPAL DE AGRICULTURA | LAGES/SC | 40 HORAS |
| Informe o nome do órgão a qual possui vínculo: | Cidade | Carga Horária Semanal |
| | | |
| Informe o nome do órgão a qual possui vínculo: | Cidade | Carga Horária Semanal |
| | | |

Por ser verdade as informações acima, firmo o presente.

Thiago Henrique Cordeiro
MÉDICO VETERINÁRIO
CRMV-SC 04205

Assinatura do Profissional