



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará

Anexo IV

Declaração de Inexistência de Vínculo de Parentesco

Eu, **[Nome Completo do Declarante]**, **[nacionalidade]**, **[estado civil]**, **[profissão]**, portador(a) do RG nº **[número do RG]** e inscrito(a) no CPF sob o nº **[número do CPF]**, residente e domiciliado(a) na **[Endereço Completo: Rua, Nº, Bairro, Cidade, Estado, CEP]**, na qualidade de **[Proprietário(a) do Imóvel / Representante Legal da Empresa]**, para fins de aquisição do imóvel localizado em **[Endereço Completo do Imóvel]** pelo Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará (CRMV-CE), por meio do Processo Administrativo nº **[0330016.00000009/2025-93]**, DECLARO para todos os devidos fins e efeitos, em conformidade com o disposto na **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021**, em especial o seu art. 14, §§ 2º e 3º, e a Portaria Normativa AGU nº 18, de 03 de agosto de 2017, o que segue:

1. Que eu, **[Nome do Declarante]**, **NÃO** possuo cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, que ocupe cargo em comissão ou função de confiança na área responsável pela demanda e pela contratação do imóvel.
2. Que eu, **[Nome do Declarante]**, **NÃO** possuo cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, que seja autoridade hierarquicamente superior no âmbito do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará.
3. Tenho plena ciência de que a presente declaração constitui condição para a formalização da contratação e que a constatação de sua falsidade implicará a desclassificação imediata da proposta, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, nos termos da legislação vigente.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

[Cidade], **[Dia]** de **[Mês]** de **[Ano]**.

[Assinatura]

[Nome Completo do Declarante] [CPF/CNPJ]