SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO**

Tipo de solicitação:

2ª via de documentos  Justificativa para ART  Restituição de valores

Outro, especificar:

Solicitante:

Estabelecimento Médico Veterinário Zootecnista Procurador\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  |  | | | |  |
|  | CNPJ ou CPF | Número CRMV-GO | | | E-mail | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | |
|  | Razão Social ou nome do interessado | |  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  |  | |
|  | Descrever solicitação: | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | |

\*Encaminhar cópia da procuração.

Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo CRMV-GO é condição indispensável para a prestação de serviços pelo órgão ou para o exercício dos meus direitos (Lei 13.709/2018 artigo 9° §3°). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Em:   /  /

Assinatura

CPF:

Despacho (uso exclusivo do CRMV-GO):

DEFERIDO  INDEFERIDO

Em\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obs.: