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.

[x]  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.: