



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DA PARAÍBA – CRMV-PB

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA

Este documento terá tramitação sigilosa e deverá ser enviado ao Presidente do CRMV-PB em envelope fechado com a palavra **CONFIDENCIAL** em destaque.

Rua Quintino Bocaiuva, 597 - Torre - João Pessoa/PB – CEP: 58040-320

Denunciante:

- * Nome: _____
- * Rua: _____ N°: _____
- * Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
- * CEP: _____ *Telefone: (____) _____ (____) _____
- * Inscrição no CNPJ ou CPF: _____
- * Cópia de comprovante de Residência e Documento de Identidade.

OBS.: *Dados obrigatórios. Caso não sejam preenchidos, a denúncia não será recebida. Deverão acompanhar a denúncia, cópia do comprovante de residência e CPF ou CNPJ do denunciante.

Denunciado:

- * Nome do(a) Profissional: _____
- * Rua: _____ N°: _____
- * Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
- * CEP: _____ *Telefone: (____) _____ (____) _____

* Descrição da denúncia (se necessário usar folha anexa ou verso, com assinatura ao final):

Enviar provas suficientes para a demonstração do alegado ou indicar os elementos de comprovação.

_____, ____/____/____
(Local) (Data)

Assinatura: _____

**Obs.: O Processo Ético – Profissional é regido pela Resolução CFMV n° 875, de 12 de dezembro de 2007.
A DENÚNCIA NÃO É ANÔNIMA.**