Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado da Paraíba – CRMV-PB

DENÚNCIA DE ESTABELECIMENTO AO CRMV-PB

*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, SOB PENA DE ARQUIVAMENTO DA DENÚNCIA

1. Nome do denunciante _____
RG_____ CPF_____
Endereço_____
Bairro_____ Cidade_____ CEP_____
Fone (____)_____ E-mail[1] _____

[1] O e-mail é utilizado para informar o andamento da denúncia, **caso não seja anônima/sigilosa**

2. *Estabelecimento alvo da denúncia _____
*Endereço comercial _____
Bairro _____ *Cidade _____ CEP _____
Complementação_____ Ponto de Referência _____

3. *Dos fatos (resumo da denúncia, juntamente com observações relevantes à mesma)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Das provas (listar os documentos anexados a este formulário)

_____
_____
_____
_____

*Cidade _____ *Data ____/____/____

Assinatura _____

End: Rua Quintino Bocaiuva, 597 – Torre – João Pessoa - PB
CEP: 58.040-360 / Tel: (083) 3222-7980 - E-MAIL – crmvpb@crmvpb.org.br