



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

### FORMULÁRIO DE DENÚNCIA

Este documento terá tramitação sigilosa e poderá ser enviado por email, presencialmente ou correios, endereçado ao Presidente do CRMV-PB, em envelope fechado com a palavra **CONFIDENCIAL** em destaque.

**CRMV-PB - Praça Pedro Gondim, 123 - Torre - João Pessoa/PB – CEP: 58040-360**

**Denunciante:**

- \* Nome: \_\_\_\_\_
- \* Rua: \_\_\_\_\_ \*Nº: \_\_\_\_\_
- \* Bairro: \_\_\_\_\_ \*Cidade: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_
- \* CEP: \_\_\_\_\_ \*Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \*Email \_\_\_\_\_
- \* 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: \_\_\_\_\_ \*Nº: \_\_\_\_\_
- \* 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 nº 1330, de 16 de junho de 2020.  
A DENÚNCIA NÃO É ANÔNIMA.**