



Conselho Regional de Medicina Veterinária do Rio Grande do Sul

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA

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

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 1793/201201 - Porto Alegre /RS – CEP: 90035-006

Denunciante:

* Nome: _____

* Rua: _____ Nº: _____

* 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: _____ 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 875, de 12 de dezembro de 2007.
A DENÚNCIA NÃO É ANÔNIMA.**