|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**  **VETERINÁRIA DO ESTADO DO TOCANTINS**  LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980  RESOLUÇÃO CFMV Nº. 683/2001 | RESOLUÇÃO CFMV Nº. 1475/2022 | PROTOCOLO: | | |  |
| DATA: |  |  |  |

**REQUERIMENTO DE 2ª VIA DE CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Tocantins, venho à presença de Vossa Senhoria requerer a 2ª via da Carteira de Identidade Profissional junto a este CRMV-TO, pelo motivo a seguir:

|  |
| --- |
|  |

**1 - DADOS DO PROFISSIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional | | Número CRMV-TO | Formação Profissional | | | | |
|  | |  |  | Med. Veterinária | |  | Zootecnia |
| Endereço Residencial (Rua n.º Caixa Postal) | | Bairro | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | | | DDD e Celular | | |
|  |  |  | | |  | | |
| E-mail | | CPF | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| Estado Civil | | RG | | | | | |
|  | |  | | | | | |

Por ser verdade as informações acima, firmo o presente.

Local e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional