|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**REQUERIMENTO DE PROFISSIONAL**

DADOS DO(A) PROFISSIONAL

Nome Completo:

Número do CRMV-CE:

Profissão:  Médico Veterinário  Zootecnista

CPF:       Telefone: (  )       e-mail:

Os dados (endereço, telefone e e-mail) estão atualizados no Sistema de Cadastro?

Sim  Não

Se **não**, me comprometo a atualizar os dados através do Siscad: <https://siscad.cfmv.gov.br/usuario/login>

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO**  CERTIDÃO / PROCESSO DISCIPLINAR  MUDANÇA DE NOME \*  CÓPIA DE DOCUMENTO/PROCESSO  TÍTULO DE ESPECIALISTA \*  DECLARAÇÃO PGRS/PGRSS  OUTROS  JUSTIFICATIVA / ELEIÇÃO \*  **DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO (OBS.: DESCRIÇÃO OBRIGATÓRIA):** |

Obs.: (\*) Anexar documento(s) comprobatórios.

Autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail

Não autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail. Encaminhar resposta via correios no endereço:       Nº:       Complemento:       Bairro:       Município:       Estado:       CEP:

Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo CRMV-CE é condição indispensável para a prestação de serviços pelo órgão ou para o exercício dos meus direitos (Lei 13.709/2018 artigo 9° §3°). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

Data:      /     /

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

Assinatura do(a ) Profissional