



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Piauí

REQUERIMENTO DE CADASTRO DE DEFENSOR DATIVO

Eu, _____, inscrito(a) no _____ sob nº _____, venho, pelo presente, requerer meu cadastro como Defensor Dativo junto ao Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Piauí – CRMV-PI, declarando estar ciente e de acordo com as disposições da **Resolução CFMV nº 1.666/2025** e da **Portaria CRMV-PI nº 41/2026**.

DADOS PESSOAIS

Endereço:

Telefone Fixo:

Telefone Celular:

E-mail:

(Cidade/PI), _____ de _____ de _____.

Assinatura



CRMV PI
Conselho Regional de Medicina Veterinária
do Estado do Piauí

Av. Joaquim Ribeiro, Nº 1830/S - Teresina-PI - CEP: 64.019-025

Telefone: (086) 3222-9733 / (086) 3221-1688

E-mail: crmvp@crmvp.org.br / www.crmvp-pi.org.br