



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
DO DISTRITO FEDERAL**

**REQUERIMENTO**

Senhor Presidente do Conselho Regional de  
Medicina Veterinária do Distrito Federal

\_\_\_\_\_ Médico Veterinário ( )  
Zootecnista ( ), Pessoa Física ( ), Pessoa Jurídica ( )  
vem à presença de Vossa Senhoria requerer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a fim de \_\_\_\_\_

Nestes termos,  
pede deferimento.

Brasília - DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_