



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Minas Gerais (CRMV-MG)

DECLARAÇÃO

Para efeito de emissão de Carteira de Identidade Profissional, declaro perante o CRMV-MG, que eu, _____, CRMV-MG Nº _____, possuo a seguinte tipagem sanguínea:

Grupo: A B O AB

Fator RH: POSITIVO NEGATIVO

Tenho ciência que o CRMV-MG se isenta de qualquer responsabilidade advinda da declaração acima.

_____, de _____ de _____.

Assinatura