SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS

**REQUERIMENTO DE REEMBOLSO (Res. CFMV 1.665/25)**

Requerente:

[ ]  Estabelecimento [ ]  Médico Veterinário [ ]  Zootecnista [ ]  Procurador\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | CNPJ ou CPF | Número CRMV-GO |  E-mail |
|  |       |       |  |       |
|  | Razão Social ou nome do requerente |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |       |
|  |  Endereço      |
|  |  Celular      |
|  |  Dados bancários: Banco:       Agência:       Conta corrente:       |
|  | *\*Encaminhar cópia da procuração.* |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Solicitação: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  Senhor Presidente do CRMV-GO, Venho por meio deste, requerer a restituição da importância de R$       (      reais). |
|  |  |

|  |
| --- |
| DA FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO:      |

**Importante:** Anexar documento que comprove o motivo do pedido e uma cópia de seu documento de identificação pessoal.

Nestes termos, pede deferimento.

Em:   /  /

Assinatura