



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



RECURSO ADMINISTRATIVO

Razão Social	Nº do CRMV-ES PJ (se houver)
--------------	------------------------------

Nome Fantasia	CNPJ ou CPF (se consultório)
---------------	------------------------------

Endereço do Estabelecimento (Rua, n.º, Caixa Postal)
--

Bairro	Município/UF	CEP
--------	--------------	-----

Celular ()	E-mail
----------------	--------

Nome do Requerente

<input type="radio"/> PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO <input type="radio"/> RESPONSÁVEL TÉCNICO <input type="radio"/> AMBOS <input type="radio"/> OUTRO	CPF	Nº do seu CRMV-ES (se houver)
--	-----	-------------------------------

Endereço do Requerente (Rua, n.º, Caixa Postal)

Bairro	Município/UF	CEP
--------	--------------	-----

Celular ()	E-mail
----------------	--------

1. INFORME O TIPO DE PROCESSO <input type="radio"/> AUTO DE INFRAÇÃO – Nº e ano do documento: _____/20____ <input type="radio"/> AUTO DE MULTA – Nº e ano do documento: _____/20____ <input type="radio"/> INDEFERIMENTO DE ISENÇÃO / CANCELAMENTO DE REGISTRO <input type="radio"/> REVISÃO / PARCELAMENTO / CANCELAMENTO DE DÉBITO <input type="radio"/> OUTRO: _____



2. EXPOSIÇÃO DOS FATOS, FUNDAMENTAÇÃO E JUSTIFICATIVAS DO RECURSO

DOCUMENTOS ANEXOS (quando aplicável)

NÃO apresento documentos anexos.

SIM apresento documentos anexos.

IMPORTANTE ANEXAR: Cópia do Auto de Infração e/ou Auto de Multa;
Procuração com assinaturas reconhecidas oficialmente (quando houver representante legal);
Qualquer outro documento que justifique e/ou sirva como prova à presente defesa.

**Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.
Diante do exposto, solicitamos o deferimento do presente recurso.**

Local e Data

_____, ____ / ____ / _____

Assinatura do Requerente

À mão com Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br
