**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**

**VETERINÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS**

Resolução CFMV n°. 672/2000, Art. 2° e Art. 3°

**RECURSO CONTRA AUTO DE MULTA**

**1 - DADOS DO PROFISSIONAL OU DA EMPRESA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome completo ou Razão social (a depender da autuação) | Número CRMV-GO | CPF/CNPJ | |
|  |  |  | |
| Email | DDD e Telefone | | DDD e Celular |
|  |  | |  |

Autorizo que a comunicação do processo seja feita no e-mail informado acima.

Não autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail. Encaminhar resposta via correios no endereço:      , CEP:      , Município:      , Estado:      .

**2 - DADOS DO AUTUAÇÃO**

|  |
| --- |
| Número do Auto de Multa  **N°** |

**3 - JUSTIFICATIVA**

|  |
| --- |
|  |

Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo CRMV-GO é condição indispensável para a prestação de serviços pelo órgão ou para o exercício dos meus direitos (Lei 13.709/2018 artigo 9° §3°). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

**4 – ASSINATURA.** Por ser verdade as informações acima, firmo a presente.

Data do preenchimento:    /    /

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do solicitante**

**CPF:**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Ao Requerente**: Este formulário deve ser devidamente preenchido e assinado. Após apreciação por parte do CRMV-GO, será encaminhado ofício com a decisão deste Conselho

Avenida Universitária QD.113-A, LTs. 07/09, Setor Leste Universitário – Fone: (62) 3269-6500 – CEP 74.610-100 – Goiânia – GO