

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Gouveia

**Programa Municipal de Esterilização de
Animais de Companhia**

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

N.º de Contribuinte: Morada:

Residente: Código Postal: - Concelho:

Contacto preferencial: Segundo contacto: Fax:

Email:

Cartão do Cidadão Bilhete de Identidade N.º

Válido até: (aaaa/mm/dd) Pelo Arquivo de Identificação:

Naturalidade:

ASSUNTO

Vem solicitar o reembolso da quantia de

referente à esterilização do referido animal, efetuada no Centro de Atendimento:

Centro de Atendimento

com sede em: NIF/NIPC:

ao abrigo do **Programa Municipal de Esterilização**.

Animal de companhia da espécie: Raça:

Sexo: Idade: Nome:

Identificação:

NIB

Preencher caso deseje que o reembolso seja efectuado por transferência bancária

Data: (aaaa/mm/dd)

Pede Deferimento
O(A) Requerente