**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Médico Veterinário portador do registro CRMV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho pela presente DECLARAR que o Sr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ora beneficiário, atua como protetor de animais no Estado do Ceará, estando apto para se inscrever no Cadastro de Protetores de Animais do Estado do Ceará.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico veterinário, com n° CRMV