Anexo IV

Requerimento para ressarcimento de valores pagos em duplicidade

Eu....., detentor de Inscrição Estadual/Sanitária no estabelecimento rural denominado....., localizado no município de...../MS, portador do CPF....., Inscrição Estadual/Inscrição Sanitária....., venho através do presente solicitar o ressarcimento de valores pagos em duplicidade da DAEMS:..... conforme documentos em anexo.

O valor a ser ressarcido deverá ser depositado em conta em meu nome conforme abaixo informado:

Banco:.....

Agência:.....

Conta Número:.....

Telefones:.....

No aguardo do deferimento,...../MS

_____/_____/_____

Nome

Assinatura

Ao Senhor
Daniel de Barbosa Ingold
Diretor Presidente da Agência Estadual de Defesa Sanitária Animal e Vegetal- **IAGRO**

.....
Recebido em ____/____/____ Protocolo nº _____