



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REQUERIMENTO

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_

( ) Médico Veterinário, ( ) Zootecnista, inscrito no CRMV-RJ sob o nº \_\_\_\_\_, vem à presença de Vossa Senhoria requerer o **Cancelamento de Inscrição da Pessoa Física**, por motivo de:

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

Declaro que não exerço e não exercerei as atividades profissionais (listadas abaixo) durante o período de cancelamento, sob penas da lei. RESOLUÇÃO CFMV Nº 1041, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2013.

( ) magistério, em qualquer nível ou outras atividades, para as quais se valer do título profissional, para ocupar o cargo, função ou emprego, mesmo que não seja privativo da Medicina Veterinária e da Zootecnia, de acordo com as Leis nºs 5.517/68 e 5.550/68, respectivamente;

( ) atividade em propriedade rural própria do médico veterinário ou do zootecnista, mesmo que exclusivamente;

( ) curso de pós-graduação, em qualquer nível;

( ) atividades que exijam a formação em Medicina Veterinária e/ou em Zootecnia.

Anexos:

( ) Cédula de Identidade Profissional

*\* No caso de extravio da cédula de identidade profissional, deverá anexar a certidão de registro de ocorrência policial.*

( ) Documento comprobatório da aposentadoria

*\* O profissional aposentado mantém o direito de permanecer com sua cédula de identidade profissional*

Nestes termos.

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_