



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA**  
**CRMV-RJ**

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO/SUSPENSÃO DE REGISTRO**

**DADOS DA  
EMPRESA**

RAZÃO SOCIAL

TIPO DE EMPRESA

[ ] Matriz [ ] Filial [ ] Consultório  
[ ] Produtor Rural

Número de Registro no CRMV-RJ

CNPJ/CPF

E-mail

Endereço

Bairro

Município/UF

CEP:

DDD e Telefone

Endereço de Correspondência (do sócio proprietário) (Rua n.º Caixa Postal)

Bairro

Município/UF

CEP:

DDD e Telefone

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer ( ) suspensão ou ( ) cancelamento** de registro neste CRMV-RJ, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme os artigos 35 a 39, da Resolução CFMV nº 1041/2013, abaixo:

I - Motivos: \_\_\_\_\_

II - Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades durante o período de cancelamento/suspensão, sob as penas da Lei.

III - Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1041, de 13/12/2013, em caso de reinício de minhas atividades, devo comunicar ao CRMV-RJ.

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_  
Local/Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proprietário