



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV-RJ

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE CONSULTÓRIO NO CPF

DADOS DO PROPRIETÁRIO (A)	Nome do Proprietário (a)	CPF
	Nº do CRMV-RJ	E- mail:

DADOS DO CONSULTÓRIO	Endereço do Consultório (Rua/Avenida)	CEP
	Nº de Registro do Consultório no CRMV-RJ	E- mail:

Venho à presença de Vossa Senhoria, requerer o cancelamento de registro do consultório, pelo(s) motivo(s) a seguir:

Motivos: _____

I – Declaro, ainda, que não exercerei mais atividades no referido Consultório, sob as penas da Lei, e que em caso de reinício de minhas atividades, devo solicitar comunicar ao CRMV-RJ.

II - Estou ciente de que meu endereço e dados devem estar atualizados junto ao CRMV/RJ. Se não, me comprometo a encaminhar a documentação para atualização cadastral.

Pede deferimento.

Local/Data

Assinatura do Méd. Veterinário (a) Proprietário (a)