



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV-RJ

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

DADOS DO (A) PROFISSIONAL	NOME	CLASSE
		() Médico Veterinário () Zootecnista

Número de Registro no CRMV-RJ	CPF	E-mail
-------------------------------	-----	--------

Endereço	Bairro
----------	--------

Município/UF	CEP:	DDD e Telefone
--------------	------	----------------

Endereço de Correspondência (Rua n.º Caixa Postal)	Bairro
--	--------

Município/UF	CEP:	DDD e Telefone
--------------	------	----------------

Venho à presença de Vossa Senhoria, requerer o cancelamento de inscrição neste CRMV-RJ, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme os artigos 18 a 22, da Resolução CFMV nº 1475/2022, abaixo:

I -Motivos: _____

II –Declaro que não possuo contratos válidos de responsabilidade técnica em meu nome.

III - Declaro, ainda, para os devidos fins de direito, que não exercerei quaisquer atividades inerentes à profissão durante o período em que minha inscrição estiver cancelada, sob as penas da Lei, inclusive as listadas abaixo:

- 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.

IV - Estou igualmente ciente de que, caso retorne à atividade, comunicarei esta condição ao CRMV, ocasião em que minha inscrição será reativada, e estarei sujeito(a) às obrigações previstas na legislação vigente;

IV – Segue em anexo a documentação necessária para o cancelamento, de acordo com a Resolução, sendo esta:

() Carteira Profissional original () Comprovante de aposentadoria

() Certidão de registro de ocorrência policial (*Em caso de perda, roubo, furto ou extravio da carteira profissional*)

Pede deferimento.

Local/Data

Assinatura do Profissional