



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – CRMV/RJ



REQUERIMENTO PARA ISENÇÃO DE ANUIDADE – PESSOA JURÍDICA

DADOS DO ESTABELECIMENTO	Razão Social:	CNPJ:

Natureza Jurídica do Estabelecimento *: () 213-5 - Empresário Individual; () 230-5 - Empresa Individual de Resp. Limitada- De Natureza Empresária; () 231-3 --Empresa Individual de Resp. Limitada- De Natureza Simples; () 206-2 - Sociedade Empresária Limitada LTDA (*em caso de sócio único*).

Nº de Registro da empresa no CRMV-RJ:	Telefone: ()	E-mail:
---------------------------------------	---------------	---------

Endereço de Correspondência da empresa (Rua/AV) e Nº:	Bairro:
---	---------

Complemento:	Município/UF:	CEP:
--------------	---------------	------

DADOS DO ÚNICO SÓCIO MÉDICO VETERINÁRIO OU ZOOTECNISTA	Nome Completo:	CPF:

Data de Nascimento:	Telefone: ()	E-mail:
---------------------	---------------	---------

Endereço de Residência (Rua/AV) e Nº:	Bairro:
---------------------------------------	---------

Complemento:	Município/UF:	CEP:
--------------	---------------	------

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer a isenção do pagamento de anuidades da referida empresa** neste CRMV-RJ, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme dispõe a Resolução CFMV nº 1.667/2025, abaixo:

Motivos: _____

Anexos obrigatórios*:

- * () Comprovante de inscrição e situação cadastral (CNPJ);
- * () Contrato Social devidamente autenticado;
- () Última Alteração Contratual (*caso possua*).

I - Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1.562/2023, art. 10. "§ 4º "O médico-veterinário ou zootecnista titular dos estabelecimentos caracterizados por natureza jurídica equiparada à pessoa física será considerado responsável técnico pelo mesmo, sendo facultada a homologação de Anotação de Responsabilidade Técnica".

II – Estou ciente que, a referida isenção do pagamento de anuidades, será concedida a partir do próximo exercício e não abrange débitos anteriores.

III – Declaro ser o (a) único (a) sócio do estabelecimento.

IV- Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade.

Assinatura do (a) profissional Sócio (a) Proprietário (a):	Local e Data:
_____	_____, ____/____/____

Rua da Alfândega, nº 91 – 14º andar - Centro – CEP 20-070-003 – Rio de Janeiro – RJ – [Tel:\(21\)2576-7281](tel:2125767281)