



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



REQUERIMENTO - CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

DADOS DO (A) PROFISSIONAL	Nome Completo:	Classe:
		() Médico Veterinário () Zootecnista

Número de Inscrição no CRMV-RJ	CPF:	E-mail:
--------------------------------	------	---------

Endereço:	Bairro:
-----------	---------

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

Endereço Para Correspondência é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, preencher o campo abaixo:

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:

Motivos: _____

I - Declaro que não possuo contratos válidos de responsabilidade técnica em meu nome.

II - Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1.475 de 16 de setembro de 2022, em seu artigo Art. 21. A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento.

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;

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Assinatura do (a) Profissional:	Local e Data:
_____	_____, ____/____/____.

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

crmvrj@crmvrj.org.br – <http://www.crmvrj.org.br>