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

REQUERIMENTO – CANCELAMENTO DE REGISTRO

DADOS DO ESTABELECIMENTO	Razão Social:	CNPJ:

N° de Registro no CRMV-RJ:	Telefone com DDD:	E-mail:
Endereço de Correspondência (Rua/AV) e N°:		Bairro:
Complemento:	Município/UF:	CEP:

DADOS DO PROPRIETÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL	Nome Completo	CPF:

Data de Nascimento:	Telefone com DDD:	E-mail:
Endereço de Residência (Rua/AV) e N°:		Bairro:
Complemento:	Município/UF:	CEP:

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer o cancelamento de registro** neste CRMV-RJ, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme o artigo 40 da Resolução CFMV nº 1475/2022, abaixo:

Motivos:_____

_____

Anexos:

( ) Comprovante de baixa de suas atividades perante a Junta Comercial, Cartório de Registro Civil ou Receitas Federal, Estadual, Distrital e/ou Municipal;

( ) Comprovante de registro inapto, baixado ou nulo perante as Receitas Federal, Estadual, Distrital ou Municipal;

( ) Comprovante de exclusão do seu objetivo social todas as atividades ligadas à Medicina Veterinária ou à Zootecnia;

I - Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1475, de 22/09/2022, em seu Art. 43, "§ 4º "A anuidade é devida integralmente, inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento, independentemente da data do requerimento".

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

Assinatura do Sócio Proprietário ou Representante Legal:	Local e Data:
_____	_____, _____/_____/_____