



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA**  
**CRMV-RJ**

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE CONSULTÓRIO NO CPF**

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

<b>DADOS DO CONSULTÓRIO</b>	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)