



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

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE CONSULTÓRIO NO CPF**

**DADOS DO PROPRIETÁRIO (A)**

Nome do Proprietário (a)

CPF

Nº do CRMV-RJ

E- mail:

DDD e Telefone

**DADOS DO CONSULTÓRIO**

Endereço do Consultório (Rua/Avenida)

CEP

Nº de Registro do Consultório no CRMV-RJ

E- mail:

DDD e Telefone

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)