



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

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA**

**DADOS DO (A)  
PROFISSIONAL**

NOME

CLASSE

( ) Médico Veterinário ( ) Zootecnista

Número de Registro no CRMV-RJ

CPF

E-mail

Endereço

Bairro

Município/UF

CEP:

DDD e Telefone

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:

I -Motivos: \_\_\_\_\_

II –Declaro que não possuo contratos válidos de responsabilidade técnica em meu nome.

III- Desejo transferir minha inscrição principal para o CRMV-\_\_\_\_, onde possuo inscrição secundária.

IV- 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.

V - 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;

VI – Segue em anexo a documentação necessária para o cancelamento, de acordo com a Resolução, sendo esta:

( ) Carteira Profissional – via física original

( ) Certidão de registro de ocorrência policial (**Em caso de perda, roubo, furto ou extravio da via física da carteira profissional**).

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_  
Local/Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) profissional

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

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