



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV-RJ

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO – CADASTRO

Tipo de estabelecimento: () Matriz () Filial () Produtor Rural

DADOS DO PROPRIETÁRIO (A)	Nome do Proprietário (a)	CPF
Nº do CRMV-RJ (caso possua)	E- mail:	DDD e Telefone

DADOS PARA CONTATO	Endereço (Rua/Avenida)	CEP
Nº de Cadastro do Estabelecimento no CRMV-RJ	E- mail:	DDD e Telefone

Venho à presença de Vossa Senhoria, requerer o cancelamento do cadastro do estabelecimento, pelo(s) motivo(s) a seguir:

Motivos: _____

I – Declaro, ainda, que não exercerei mais atividades no referido estabelecimento, 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 Proprietário (a)