



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



### REQUERIMENTO – CANCELAMENTO DE CONSULTÓRIO CPF

DADOS DO PROFISSIONAL	Nome Completo:	CPF:

Nº de CRMV-RJ do profissional:	DDD ( ) Telefone de Contato:	E-mail:

Endereço de Correspondência (Rua/AV) e Nº:	Bairro:

Complemento:	Município/UF:	CEP:

DADOS DO CONSULTÓRIO	Endereço (Rua/AV) e Nº:	Bairro:

Complemento:	Município/UF:	CEP:

Nº de Registro do Consultório no CRMV-RJ:	DDD ( ) Telefone de Contato:	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 um novo registro de consultório junto ao CRMV-RJ.

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

Carimbo e Assinatura do (a) Profissional:	Local e Data:
_____	_____, ____/____/____.