



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



## REQUERIMENTO – CANCELAMENTO DE CADASTRO (CD)

Tipo de Estabelecimento: ( ) Produtor Rural ( ) Empresa Pública ( ) Outro, especifique: \_\_\_\_\_

DADOS DO  
ESTABELECIMENTO

Razão Social:

CNPJ ou CPF:

Nome Fantasia:

Nº de Cadastro no CRMV-RJ:

Tipo: [ ] Matriz [ ] Filial

DDD ( ) Telefone de Contato:

E-mail:

DADOS PROPRIETÁRIO  
OU REPRESENTANTE  
LEGAL

Nome Completo:

CPF:

Data de Nascimento:

Endereço de Correspondência (Rua/AV) e Nº:

Bairro:

Complemento:

Município/UF:

CEP:

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer o cancelamento de cadastro** neste CRMV-RJ, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme o artigo 40 da Resolução CFMV nº 1475/2022, abaixo:

Motivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anexos:

( ) Comprovante de baixa de suas atividades perante a Junta Comercial, Cartório de Registro Civil ou Receitas Federal, Estadual, Distrital e/ou Municipal;

( ) Comprovante de registro inapto, baixado ou nulo perante as Receitas Federal, Estadual, Distrital ou Municipal;

( ) Comprovante de exclusão do seu objetivo social todas as atividades ligadas à Medicina Veterinária ou à Zootecnia;

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

Assinatura do Proprietário ou Representante Legal:

Local e Data:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.