



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



REQUERIMENTO – SUSPENSÃO DE REGISTRO

DADOS DO ESTABELECIMENTO	Razão Social:	CNPJ:

Nº de Registro no CRMV-RJ:	Telefone: ()	E-mail:

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

Complemento:	Município/UF:	CEP:

DADOS DO PROPRIETÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL	Nome Completo	CPF:

Data de Nascimento:	Telefone: ()	E-mail:

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

Complemento:	Município/UF:	CEP:

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer a suspensão de registro** neste CRMV-RJ, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme o artigo 45 da Resolução CFMV nº 1475/2022, abaixo:

Motivos: _____

Anexos:

() Comprovante de Certidão emitida pelas Receitas Federal, Estadual, Distrital e/ou Municipal que demonstre tal interrupção.

I - Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1475, de 22/09/2022, em seu Art. 45, “§ 4º “A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que se requerer a suspensão”.

II – Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades durante o período de suspensão, sob as penas da Lei, e que em caso de reinício de atividades devo comunicar ao CRMV-RJ.

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

Assinatura do Sócio Proprietário ou Representante Legal:	Local e Data:
_____	_____, ____/____/____