



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE RONDÔNIA
CRMV-RO

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Nome Completo: _____ CRMV-RO _____

Nome Social: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____ Sexo: () M () F

Natural de: _____ Veterinário Militar: () SIM () NÃO

Endereço: _____ Nº: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

Telefone: () _____ Celular/WhatsApp: () _____ e-mail: _____

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer o cancelamento** da minha inscrição neste CRMV-RO, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme a Resolução CFMV nº 1475/22, abaixo:

Art. 18. O profissional poderá requerer o cancelamento de sua inscrição primária ou secundária.

I - os motivos do pedido do cancelamento;

I - Motivos:

II - Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento, sob as penas da Lei.

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1475/22, em seu art. 20: "A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento".

Tenho conhecimento que para o exercício da Medicina Veterinária e da Zootecnia no território nacional, o profissional é obrigado a se inscrever no Conselho Regional de Medicina Veterinária em cuja jurisdição estiver sujeito, comprometendo-me a solicitar o reingresso, caso volte a exercer minha profissão, conforme Resolução CFMV n. 1475/22, para não caracterizar o exercício ilegal da profissão.

Pede deferimento.

Assinatura

Local/Data

Rua José Bonifácio, 549, Bairro: Caiari, CEP: 76.801-144 – Porto Velho/RO
WhatsApp: Registro_99206-4630 Financeiro_99205-9550 Fiscalização_99206-5515
E-mail: crm-ro@crm-ro.org.br