



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO/SUSPENSÃO DE INSCRIÇÃO

DADOS DO PROFISSIONAL	Nome do Profissional	Profissão [] Med. Vet. [] Zootecnia
Número de Inscrição no CRMV-	CPF	E-mail
Endereço Residencial (Rua n.º Caixa Postal)		Bairro
Município/UF	CEP:	DDD e Telefone
Endereço de Correspondência (Rua n.º Caixa Postal)		Bairro
Município/UF	CEP:	DDD e Telefone

Venho à presença de Vossa Senhoria **requerer a () suspensão ou () cancelamento** da minha inscrição nesse CRMV- , pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme os artigos 15 a 19, da Resolução CFMV nº 1041/2013:

I - Motivos:

II – Período do cancelamento/suspensão:

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

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1041, de 13/12/2013, em seu art.

17: “A anuidade é devida inclusive no exercício em que se requerer a suspensão ou o cancelamento. Se requerido até 31 de maio serão devidos apenas os duodécimos da anuidade relativa ao período vencido. Em nenhuma hipótese será devolvida anuidade”.

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. 1041/2013, Art. 2º, para não caracterizar o exercício ilegal da profissão.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE

Anexos:

- () Cédula de Identidade Profissional
- () Certidão de registro de ocorrência policial (No caso de extravio/roubo/furto da cédula de identidade profissional)
- () Documento comprobatório da aposentadoria

* O profissional aposentado mantém o direito de permanecer com sua cédula de identidade profissional

Assinatura

Local/Data _____