



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
DO ESTADO DE SERGIPE  
**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO ESTABELECIMENTOS**

Dados do estabelecimento:

CPF/CNPJ:

NºRegistro CRMV-SE:

Razão Social:

Nome fantasia:

Endereço do estabelecimento:

Município/UF:

CEP:

E-mail:

Senhor Presidente,

Venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento de registro neste CRMV-SE, pelo(s) motivo(s) a seguir:

Motivos:

I - Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades inerentes à medicina veterinária durante o período de cancelamento/suspensão, sob as penas da Lei.

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1475, de 16 de setembro de 2022, em seu art. 43 § 4º: “A anuidade é devida integralmente, inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento, independentemente da data do requerimento”

Nesses termos, peço o deferimento.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

