



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

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO/SUSPENSÃO DE INSCRIÇÃO**

<b>DADOS DO PROFISSIONAL</b>	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 o ( ) cancelamento ou ( ) suspensão** da minha inscrição nesse CRMV- , pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme os artigos 18 a 21, da Resolução CFMV nº 1475/2022:

I - Motivos:

---

---

II – Período do cancelamento/suspensão:

---

---

III - 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. 1475/2022, em seu art.

21: “ 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. 1475/2022, Art. 20º, 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 \_\_\_\_\_