



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DE SERGIPE
REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO NO CPF

Dados do estabelecimento:

CPF:

Nº Inscrição CRMV-SE:

Nome do proprietário:

Nome fantasia:

Endereço do estabelecimento:

Bairro:

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:

Nesses termos, peço o deferimento.

Assinatura: _____ Data: __/__/____

