



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: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

