**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO/SUSPENSÃO DE INSCRIÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO**  **PROFISSIONAL** | Nome do Profissional |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Profissão | Inscrição CRMV-ES Nº. | CPF |
| **Médico Veterinário**  **Zootecnista** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Residencial (Logradouro, nº, Caixa Postal, Complemento). | Bairro |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Município/UF | CEP |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| E-mail | Telefone | Celular |
|  | **(  )** | **(  )** |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço de Correspondência (Logradouro, nº, Caixa Postal, Complemento). | Bairro |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Município/UF | CEP |
|  |  |

Venho à presença de Vossa Senhoria **requerer a (**  **) suspensão ou (  ) cancelamento** da minha inscrição nesse CRMV-ES, pelo (s) motivo (s) a seguir, conforme os artigos 15º a 19º, 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 artigo. 17º: “ 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 nº. 1041/2013, Art. 2º, para não caracterizar o exercício ilegal da profissão.

|  |
| --- |
| Anexo |
| **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.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Município/UF e Data | | | Assinatura do Profissional |
|  | | |  |
| **Dia** | **Mês** | **Ano** |
|  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |