**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO NO CPF**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO****ESTABELECIMENTO** | CPF: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Consultório:**  | Nº do registro do consultório |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome fantasia | Telefone |
|  | **(  )** |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço do Estabelecimento (Rua, n.º, Caixa Postal). | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | E-mail |
|  |  | **(  )** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DO****PROFISSIONAL** | Nome | Inscrição CRMV-ES Nº. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Para Correspondência (Rua, n.º, Caixa Postal). | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP | Telefone |
|  |  | **(  )** |

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

**Senhor Presidente,**

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

**MOTIVOS:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

 **Nesses termos, peço o deferimento.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura do Médico Veterinário |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CRMV-ES Nº** |
| **Dia** | **Mês** | **Ano** |