



## REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

DADOS DO  
PROFISSIONAL

Nome do Profissional
----------------------

Profissão <input type="checkbox"/> Médico Veterinário <input type="checkbox"/> Zootecnista	Inscrição CRMV-ES Nº.	CPF
--	-----------------------	-----

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

Município/UF	CEP
--------------	-----

E-mail	Celular (    )
--------	-------------------

Endereço de Correspondência (Logradouro, nº, Caixa Postal,	Bairro
--	--------

Município/UF	CEP
--------------	-----

Venho à presença de Vossa Senhoria REQUERER CANCELAMENTO da minha inscrição nesse CRMV-ES, pelo (s) motivo (s) a seguir, conforme o artigo 18, da Resolução CFMV nº 1.475/2022:

MOTIVOS:

Declaro que:

- Não possuo contratos ativos de responsabilidade técnica e sei que se houver, serão encerrados no ato do cancelamento.
- Sei que a anuidade é devida integralmente, mesmo no ano do cancelamento da inscrição. (Res. 1475/22 Art. 21)
- Não exercerei atividades da profissão enquanto a inscrição estiver cancelada.
- Avisarei ao CRMV caso retorne à atividade, para reativar a inscrição e cumprir as obrigações legais.
- Se tiver inscrição secundária em outro estado, deverei solicitar o cancelamento no CRMV correspondente.

Marque o que entregará:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> CÉDULA FÍSICA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL ou<br><input type="checkbox"/> BOLETIM DE OCORRÊNCIA (no caso de extravio/roubo/furto da cédula de identidade profissional); |
|--|

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

Local e Data _____, ____/____/____	Assinatura do Profissional _____
---------------------------------------	-------------------------------------