



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**



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).

Município/UF

CEP

Telefone
()

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
À mão com Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br
