



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



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

DADOS DO
PROFISSIONAL

Nome do Profissional

Profissão

- ☐ Médico Veterinário
☐ Zootecnista

Inscrição CRMV-ES Nº.

CPF

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Logradouro, nº, Caixa Postal, Complemento).

Município/UF

/

Bairro

Complemento

CEP

E-mail

Celular

()

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, favor preencher o campo abaixo:

Município/UF

/

Bairro

Complemento

CEP

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)
- Avisarei ao CRMV-ES caso retorne à atividade, para reativar a inscrição e cumprir as obrigações legais.
- Não exercerei atividades da profissão enquanto a inscrição estiver cancelada.
- Sei que o uso de cédula de identidade física ou digital por mim após o deferimento do cancelamento é configurado fraude.

Possui inscrição em outro estado? ☐ NÃO ☐ SIM

Se SIM, informe o que deseja:

- ☐ Cancelar somente essa inscrição. (Não é permitido cancelar a inscrição primária antes da secundária)
- ☐ Cancelar todas as minhas inscrições.
- ☐ Transferir minha inscrição para o outro estado. Informe qual: _____

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

Local e Data

_____, ____/____/____

Assinatura do Profissional

A mão, igual ao seu documento OU assinado digitalmente pelo Gov.br

Resolução CFMV nº 1.475/2022.

Rua Cyro Lima, nº 125, Enseada do Suá, Vitória/ES – CEP 29.050-230.
Telefones: (27) 99716-0692 / E-mail: atendimento@crmves.org.br