



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária
do Maranhão

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

DADOS DO PROFISSIONAL	Nome do Profissional	Profissão: [] Med. Vet. [] Zootecnia
Número de Inscrição no CRMV-MA	CPF	E-mail
Endereço Residencial (Rua n.º Caixa Postal)		Bairro
Município/UF	CEP:	DDD e Telefone
Endereço de Correspondência (Rua n.º Caixa Postal)		Bairro
Município/UF	CEP:	DDD e Telefone

Venho à presença de Vossa Senhoria **requerer o cancelamento** da minha inscrição CRMV-MA, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme os artigos 18 a 22, da Resolução CFMV nº 1475/2022:

I – Motivos:

II – Declaro que:

- i. – não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento, sob as penas da Lei;
- ii. – não estou cumprindo penalidade de suspensão do exercício profissional, e;
- iii. – não tenho contratos de responsabilidade técnica em vigência.

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV nº 1475, de 16/09/2022, em seu art. 21: “A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento”.



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária
do Maranhão

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. Assim sendo, para não caracterizar o exercício ilegal da profissão (*ex vi* art. 2º *caput* e parágrafo único c/c art. 20, §6º da Res. CFMV nº 1475/2022), comprometo-me a solicitar a reativação da inscrição, caso volte a exercer minha profissão.

III – Anexos:

- () 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.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura