|  |
| --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA****VETERINÁRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980RESOLUÇÃO CFMV Nº. 683/2001 | RESOLUÇÃO CFMV Nº. 1475/22 |

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO**

(Estabelecimentos de Pessoa Jurídica ou Consultório Veterinário registrado no CPF)

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina - CRMV-SC, venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento de registro junto a este CRMV-SC, pelo motivo a seguir:

|  |
| --- |
|  |

**1 - DADOS DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razão Social do Estabelecimento | Número CRMV-SC | CNPJ ou CPF |
|  |  |  |
| Nome Fantasia | E-mail |
|  |  |
| Nome do Proprietário | CPF do Proprietário |
|  |  |
| Endereço do Estabelecimento | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| Endereço de Correspondência do Estabelecimento | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| Ramo de Atividade e Informações Complementares |
|  |

“

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1475, de 16/09/2022, em seu art. 43 § 4º “A anuidade é devida integralmente, inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento, independentemente da data do requerimento.”:

Por ser verdade as informações acima, firmo a presente.

Local e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Proprietário ou Responsável