



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO POR ÓBITO

Senhor Presidente do CRMV-CE, eu, _____,
R.G. _____, familiar do (a) () Médico(a) Veterinário(a); () Zootecnista,
inscrito(a) no CRMV-CE sob o nº _____ venho a presença de Vossa Senhoria
requerer o **CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DESTE PROFISSIONAL**, pelo
motivo de óbito.

Nestes termos,

Pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

ENDEREÇO: _____

nº _____ Compl.: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____ Telefone: () _____

Celular: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

- Marque a caixa ao lado se desejar que vosso *endereço de correspondência* seja atualizado conforme as informações disponibilizadas.
- Marque a caixa ao lado se desejar que vosso *endereço residencial* seja atualizado conforme as informações disponibilizadas.