



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ
 Rua Dr. José Lourenço, 3288, Joaquim Távora, CEP: 60115-282, Fortaleza-CE
 Fone/ Fax: (85) 3272.4886, E-mail: crm-v-ce@secrel.com.br, Site: www.crmv-ce.org.br

Resolução nº 680, de 15 de agosto de 2000

REQUERIMENTO

Senhor Presidente do CRMV-CE,

Eu,,

() Médico(a) Veterinário(a); () Zootecnista, CRMV-CE Nº vem a presença de Vossa

Senhoria requerer a **CANCELAMENTO DE MINHA INSCRIÇÃO**, pelo seguinte motivo:

.....

*Declaro para os devidos fins de prova junto ao CRMV-CE, que a partir desta data **NÃO** exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento, estando sujeito as penas da Lei, por exercício ilegal da profissão.*

*Nestes termos,
 Pede deferimento.*

....., de de

.....

Assinatura

Endereço:..... nº.....

Compl.: Bairro: CEP:.....

Município: UF:

Tel. () Cel. () Fax: ()