|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO POR MOTIVO DE ÓBITO**

DADOS DO REQUERENTE

Nome Completo:       CPF:

RG:

e-mail:

Parentesco com o(a) profissional:

ENDEREÇO:       Nº:       Complemento:       Bairro:       Município:       Estado:       CEP:

Telefone: (     )      Celular: (     )

Autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail

Não autorizo que a comunicação do processo seja feita por e-mail. Encaminhar resposta via correios no endereço:       Nº:       Complemento:       Bairro:       Município:       Estado:       CEP:

Senhor Presidente,

Venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento da inscrição do(a) profissional      , inscrito(a) neste CRMV-CE sob o nº      , CPF nº      , por motivo de falecimento.

**Anexos (marcar):**

Cédula de Identidade Profissional

Cópia da Certidão de Óbito

Certidão de registro de ocorrência policial (No caso de extravio/roubo/furto da cédula de identidade profissional)

Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais pelo CRMV-CE é condição indispensável para a prestação de serviços pelo órgão ou para o exercício dos meus direitos (Lei 13.709/2018 artigo 9° §3°). Os direitos do titular estão elencados no capítulo III artigo 17 e 18 da Lei 13.709/2018.

Data:      /     /

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

Assinatura do(a) Requerente