



Serviço Público Federal

Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará
Sistema CFMV/Conselhos Regionais - Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5. 517/68

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO POR ÓBITO

Senhor Presidente do CRMV-CE,

Eu, _____,

RG: _____, CPF: _____, familiar do(a)

() Médico(a) Veterinário(a); () Zootecnista, _____

_____ inscrito(a) neste 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.

Data: ____/____/____

Assinatura do Requerente

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

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.