



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.