

REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO

MÉDICO-VETERINÁRIO ()

ZOOTECNISTA ()

EU _____ CRMV/RS _____

Residente à rua/av _____

cidade: _____ CEP: _____

UF: _____, FONE: () _____ FAX: _____

REQUEIRO o cancelamento de minha inscrição, pelos motivos a seguir indicados: _____

DECLARO, sob penas da Lei, que não exerço e nem exercerei qualquer atividade rotineira ou esporádica peculiar à () Medicina Veterinária () Zootecnia, durante o período do cancelamento, comprometendo-me a solicitar o reingresso caso retorne à profissão.

_____, ____/____/____.
Assinatura e CRMV/RS

ATENÇÃO ANEXAR:

- a) **Cédula de identidade do CRMV/RS: no caso de extravio, apresentar registro de ocorrência policial.**
- b) **Comprovantes diversos, conforme a situação alegada para o cancelamento; ato oficial de aposentadoria; laudo médico; atividade; outros.**

OBSERVAÇÃO: De acordo com a Resolução do CFMV nº 680/00, “A anuidade é devida inclusive no exercício em que se comunica o cancelamento. Se requerido até 31 de março, serão devidos apenas os duodécimos da anuidade relativa ao período vencido. Em nenhuma hipótese será devolvida a anuidade”.

Conforme Resolução 680/00, art.2º e 3º, item II – “os profissionais que exercem atividades em suas propriedades rurais, mesmo que exclusivamente, também são obrigados a registrarem-se nos CRMVs, assim como aqueles que estão realizando cursos de especialização e/ou pós-graduação”.