



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo
Requerimento de Cancelamento de Clínica Autônoma

Senhor(a) Presidente do **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**,

Eu, _____,

CRMV-SP nº _____, solicito V.S^a. o **cancelamento do registro da minha clínica veterinária** registrada sob

CRMV-SP nº _____, localizada à:

(número do crmv-sp jurídico)

Endereço da clínica veterinária

Logradouro: _____,

Bairro: _____, **Cidade** _____,

Estado: SP, **CEP:** _____.

Motivo (marque a opção abaixo):

Encerramento das atividades no local

Atividades veterinárias incluídas na empresa (atividades veterinárias incluída no objeto social da empresa (CNPJ)

Baixa do registro profissional (Este requerimento não resulta no cancelamento da cédula profissional. Para tal, a solicitação deve ser efetuada também junto ao setor de registro profissional ou por meio do serviço online disponível na área veterinária.)

Outros (especifique no quadro abaixo:)

Observações / Outros:

Endereço para correspondência*:

Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____.

Termos em que P. Deferimento.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional Médico Veterinário

A entrega por meio digital requer assinatura eletrônica válida, reconhecida pelos meios oficiais, garantindo a autenticidade e segurança do processo.



Rua Apeninos, 1.088 - Paraíso, São Paulo-SP - CEP 04104-021

Telefone: (11) 5908-4799

www.crmvsp.gov.br

*A decisão será enviada pelos Correios apenas para os pedidos recebidos por correio ou de forma presencial. Para os pedidos realizados via eletrônica, a entrega será feita por meio do serviço online, disponível para visualização e download.)