



Serviço Público Federal  
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo  
**Requerimento de Cancelamento do Consultório Autônomo**

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

Eu, \_\_\_\_\_,

CRMV-SP nº \_\_\_\_\_, solicito V.S<sup>a</sup>. o **cancelamento do registro do meu consultório veterinário** registrado sob **CRMV-SP nº** \_\_\_\_\_, localizado à:

(número do crmv-sp jurídico)

**Endereço do consultório veterinário**

**Logradouro:** \_\_\_\_\_,

**Bairro:** \_\_\_\_\_, **Cidade** \_\_\_\_\_,

**Estado:** SP, **CEP:** \_\_\_\_\_.

Motivo (marque a opção abaixo):

- Encerramento das atividades no local**  
 **Atividades veterinárias incluídas na empresa** (atividades veterinárias incluídas 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](http://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.)