**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO/SUSPENSÃO DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DOPROFISSIONAL** | Nome do Profissional | Formação Profissional |
|  | [ ] Med. Vet. [ ] Zootecnia |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de Inscrição no CRMV-AM | CPF: | E-mail |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Residencial (Rua n.º Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP: | DDD e Telefone |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço de Correspondência (Rua n.º Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | CEP: | DDD e Telefone |
|  |  |  |

Venho à presença de Vossa Senhoria, **requerer a ( ) suspensão ou ( ) cancelamento** da minha inscrição neste CRMV-AM, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme os artigos 15 a 19, da Resolução CFMV nº 1041/2013, abaixo:

I - Motivos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II - Declaro, ainda, que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento/suspensão, sob as penas da Lei.

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1041, de 13/12/2013, em seu art. 17: “A anuidade é devida inclusive no exercício em que se requerer a suspensão ou o cancelamento. Se requerido até 31 de maio serão devidos apenas os duodécimos da anuidade relativa ao período vencido. Em nenhuma hipótese será devolvida anuidade”.

Tenho conhecimento que para o exercício da Medicina Veterinária e da Zootecnia no território nacional, sou obrigado a inscrever-me no Conselho Regional de Medicina Veterinária em cuja jurisdição estiver sujeito, comprometendo-me a solicitar o reingresso, caso volte a exercer minha profissão, conforme Resolução CFMV n. 1041/2013, Art. 2º, para não caracterizar o exercício ilegal da profissão.

Pede deferimento.

Anexos:

( ) Cédula de Identidade Profissional

( ) Certidão de registro de ocorrência policial (No caso de extravio/roubo/furto da cédula de identidade profissional)

( ) Documento comprobatório da aposentadoria

\* O profissional aposentado mantém o direito de permanecer com sua cédula de identidade profissional

Manaus \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura