

REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Médico-Veterinário ()

Zootecnista ()

Eu _____ CRMV-RS _____ ,

Residente na _____

nº _____ , complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ CEP _____ Estado _____

Telefone _____ E-mail _____

Requeiro o cancelamento de minha inscrição pelos motivos:

Declaro, sob as penas da lei, que não exerço e não exercerei qualquer atividade profissional peculiar à Medicina Veterinária e/ou à Zootecnia durante o período do cancelamento de minha inscrição profissional, comprometendo-me a solicitar o reingresso caso retorne a exercer a profissão.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

OBSERVAÇÕES:

Caracteriza o exercício da Medicina Veterinária e da Zootecnia, entre outros:

I – as atividades privativas e compartilhadas previstas nos artigos 5º e 6º da Lei nº 5.517/1968, no Decreto nº 64.704/1969, no Decreto nº 467/1969, no artigo 3º da Lei nº 5.550/1968 e nas demais legislações referentes às duas profissões;

II – o magistério, em qualquer nível, ou outras atividades, inclusive a ocupação de cargo, função ou emprego, ainda que não privativo, para o qual sejam necessários a formação e o diploma de graduação em Medicina Veterinária ou Zootecnia.

(artigo 3º da Resolução CFMV nº 1.475/2022)

Art. 21. A anuidade é devida integralmente inclusive no exercício em que for requerido o cancelamento.

Importante:

§ 1º Após o deferimento do cancelamento da inscrição, perderão a validade as cédulas de identidade profissional eletrônica (e-CIP) e a via física.

§ 2º O uso de cédula de identidade física ou digital pelo profissional após o deferimento do cancelamento de sua inscrição configura fraude e deve ser denunciado às autoridades competentes caso evidenciado pelo respectivo CRMV.

(art. 4º da Resolução CFMV nº 1.659, de 18/08/2025)