SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DA PARAÍBA

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO POR ÓBITO

Senhor(a) Presidente do CRMV-PB, eu, _____,
R.G._____, familiar do(a) ( ) Médico(a) Veterinário(a); ( ) Zootecnista,
_____ inscrito(a) no CRMV-PB sob o nº_____, venho a vossa presença requerer o **CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DESTE PROFISSIONAL,** pelo motivo de óbito, conforme certidão anexa.

Nestes Termos
Pede e Espera Deferimento.

_____, **em** _____/_____/_____

_____
ASSINATURA

Endereço: _____
Nº _____ **Complemento:** _____ **Bairro:** _____
Município: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Telefone: ( ) _____ **Ramal:** _____
E.MAIL: _____