



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Tocantins
CRMV-TO

REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO DA INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Tocantins – CRMV-TO.

Nome do Profissional

CRMV-TO N°

| | |
|------------|--|
| Eu, | |
|------------|--|

Médico Veterinário Zootecnista , venho á presença de Vossa Senhoria, requiere o suspensão do meu registro neste CRMV-TO, pelo(s) motivo(s) a seguir:

Declaro ainda, que não exerço e não exercerei as atividades profissionais durante o período de cancelamento, sob penas da lei, comprometendo-me a solicitar reingresso, caso volte a exercer minha profissão no Estado do Tocantins.

Neste Termos,
Pede deferimento,

Data e Local:

Assinatura

Endereço Para Correspondência:

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____

Email: _____

Tefefones: () _____