

**Ao**  
**Senhor Presidente do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

Eu,  
CRMV-SP nº \_\_\_\_\_ solicito a V.S<sup>a</sup>. o cancelamento do registro de minha Clínica Veterinária  
registrada sob CRMV-SP nº \_\_\_\_\_ localizada à:  
Logradouro: \_\_\_\_\_ ,  
Bairro \_\_\_\_\_ , Cidade \_\_\_\_\_ ,  
Estado SP, CEP \_\_\_\_\_ .  
Motivo e Observações:

Endereço para Correspondência:

Logradouro: \_\_\_\_\_ ,  
Bairro \_\_\_\_\_ , Cidade \_\_\_\_\_ ,  
Estado \_\_\_\_\_ , CEP \_\_\_\_\_ .

Termos em que P. Deferimento.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

---

**Assinatura e carimbo do profissional**