



PROCOLO:

DATA:

## REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE REGISTRO

(Pessoa Jurídica)

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Amapá – CRMV-AP,

Nome do Proprietário		CPF
<b>DADOS DO ESTABELECIMENTO</b>	Razão Social do Estabelecimento	
Número de Registro no CRMV-AP	CNPJ ou CPF	E-mail
Nome Fantasia		
Endereço do Estabelecimento (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 do registro neste CRMV-AP, pelo(s) motivo(s) a seguir:

------------------

Estou ciente que, conforme a Resolução CFMV Nº. 1041, de 13/12/2013, em seu art. 39: § 2. Comunicarei ao CRMV-AP do retorno de minhas atividades quando ocorrer. E ainda no art. 39; “§5º “ A anuidade é devida inclusive no exercício em que se requerer a suspensão. Se requerida até 31 de maio serão devidos apenas os duodécimos da anuidade relativa ao período vencido. Em nenhuma hipótese será devolvida anuidade”.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

**ASSINATURAS**

Local e Data	Assinatura