



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA**

Data de Inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Inscrição nº. \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do estado  
Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_

( ) Médico Veterinário ( ) Zootecnista, vem à presença de Vossa Senhoria requer:  
( ) Inscrição ( ) Inscrição Secundária ( ) Transferência, a fim de exercer a  
profissão neste Estado.

**1) DADOS PESSOAIS:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Formação Profissional: Médico Veterinário [ ] Zootecnista [ ]

Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: Masculino [ ] Feminino [ ]

Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

End.Res: Rua/Av \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Veterinário Militar [ ]

**2) DOCUMENTAÇÃO:**

RG nº \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH \_\_\_\_\_

Título Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Certificado Militar: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Cat: \_\_\_\_\_ RM: \_\_\_\_\_

**3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:**

Universidade: \_\_\_\_\_

Faculdade/Escola: \_\_\_\_\_

Data de Conclusão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Órgão: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

#### 4) ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Pública [ ] Privada [ ] Pública e Privada [ ] Sem Atividade [ ]

Entidade: \_\_\_\_\_

End.Profissional: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ cep: \_\_\_\_\_

Telefone ( ) \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Descrever sucintamente suas atividades profissionais: \_\_\_\_\_

Remuneração global (Baseada em nºs de salário mínimo):

1-3 s.m [ ] 3-6 s.m [ ] 6-9 s.m [ ] 9-12 s.m [ ] +12s.m [ ]

#### 5) INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV:

CRMV nº: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Cancelamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CRMV nº: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Cancelamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 6) APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL:

Aperfeiçoamento [ ] \_\_\_\_\_

Especialização [ ] \_\_\_\_\_

Mestrado [ ] \_\_\_\_\_

Doutorado [ ] \_\_\_\_\_

Pós-Graduação [ ] \_\_\_\_\_

Outros [ ] \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 7) DA SECRETARIA GERAL

Data da aprovação da inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sessão Plenária nº: \_\_\_\_\_

#### 8) OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Funcionário responsável: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_