



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



**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA**

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

Inscrição n.º \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do estado RIO GRANDE DO SUL,

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

**DADOS PESSOAIS:**

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

Formação Profissional: Médico Veterinário [  ] Zootecnista [  ]

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

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

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

Nº \_\_\_\_\_ Aptº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

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

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

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

Filiação: Pai \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

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

**DOCUMENTAÇÃO:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ Grupo Sangüíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH \_\_\_\_\_

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

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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

**FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:**

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

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

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

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

**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 nº de salário mínimo):

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

**INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV:**

CRMV nº: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_  
Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Cancelamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CRMV nº: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_  
Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Cancelamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

**DA SECRETARIA GERAL**

Data da Aprovação da Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sessão Plenária nº: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**

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

**FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_  
**CARGO:** \_\_\_\_\_  
**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

**LOCAL:** \_\_\_\_\_, **DE** \_\_\_\_\_ **DE** \_\_\_\_\_.