



## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Amapá,

Eu, \_\_\_\_\_ ( ) Médico Veterinário  
 ( ) Zootecnista, venho a presença de vossa senhoria requerer ( ) Inscrição Primária ( ) Inscrição Secundária  
 ( ) Transferência ( ) Reativação, a fim de Exercer a Profissão neste Estado.

### 1) DADOS PESSOAIS:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Feminino

End. Resid.: Rua \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

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

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

Filiação: Pai \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cônjuge: \_\_\_\_\_ Veterinário Militar

### 2) DOCUMENTAÇÃO:

RG nº: \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Grupo Sangüíneo: Tipo \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

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

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Certificado Militar: \_\_\_\_\_

### 3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:

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

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

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

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

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

### 4) ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Pública  Privada  Pública e Privada  Sem Atividade

Entidade: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

Remuneração Global, (Baseada em nº de salário mínimo)

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

**5) INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV:**

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

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

**6) APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL:**

Aperfeiçoamento  \_\_\_\_\_ Especialização  \_\_\_\_\_

Mestrado  \_\_\_\_\_ Doutorado  \_\_\_\_\_

Pós-Doutorado  \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reunião Plenária

Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº da Cédula: \_\_\_\_\_

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

**8) OBSERVAÇÕES:**

Func. Responsável: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

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