# SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL



 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

CRMV-MS

## **REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FISICA**

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

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

**Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Mato Grosso do Sul**

( **) Médico Veterinário** ( ) **Zootecnista**, vem à presença de Vossa Senhoria requerer ( ) Inscrição Primária, ( ) Inscrição Secundária, ( ) Transferência, ( ) Reativação, ( ) 2ª.Via, ( ) Troca/Substituição de cédula, ( ) Transferência p/Transferência, ( ) Secundária p/Principal, ( ) Principal p/Secundária, a fim de exercer a profissão neste Estado.

1. **DADOS PESSOAIS**:

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

Formação Profissional: Médico Veterinário Zootecnista ....... Veterinário Militar

## Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Sexo: Masculino Feminino

**Filiação**: Pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

N.º : \_\_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

## Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DOCUMENTAÇÃO** :

RG n.º : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

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

Titulo de Eleitor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

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

1. **FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA**:

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

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

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

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

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



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

CRMV-MS

1. **ATIVIDADE PROFISSIONAL**

Pública Privada Pública Privada Sem Atividade

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

Cidade:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-Mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP : ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax ( ):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Remuneração Global, (Baseada em n.º de salário mínimo)

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

1. **INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV**:

CRMV Nº : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CRMV Nº : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. **APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**:

Aperfeiçoamento ... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialização \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mestrado ..... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doutorado ..... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pós – Doutorado ..... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outros ..... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro sob as penas de lei que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

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

Uso do CRMV:

1. **DA SECRETARIA GERAL**:

Data da Aprovação da Inscrição: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Reunião Plenária: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **OBSERVAÇÕES**:

Funcionário responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Rua Coronel Cacildo Arantes nº 433 – CEP 79040 –452 - Tel. (067) 3331-1655 – Fax: (067) 3331-3131 – Campo Grande - MS

e-mail: crmv\_ms@terra.com.br