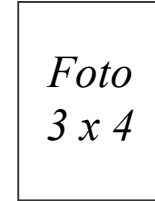




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA**

Data da Inscrição: ...../...../.....  
Inscrição N°: .....  
Categoria: .....



Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Ceará, Eu, .....  
( ) Médico Veterinário, ( ) Zootecnista, vem à presença de Vossa Senhoria requerer ( ) Inscrição, ( ) Inscrição Secundária, ( ) Transferência, ( ) Reativação da inscrição, a fim de exercer a profissão no Estado do Ceará.

**1) DADOS PESSOAIS:**

Nome Completo: .....  
Formação Profissional: Médico Veterinário  Zootecnista   
Nascimento: ...../...../..... Sexo: Masculino  Feminino   
Naturalidade: ..... UF: ..... Nacionalidade: .....  
End. Resid.: Rua/Av. ....  
N°..... Apt° ..... Complemento: ..... Bairro: .....  
Município: ..... UF: ..... CEP: .....  
Telefone: ( ) ..... Fax: ( ) ..... Celular: ( ) .....  
E-mail: .....

Filiação: Pai: .....  
Mãe: .....

Estado Civil: ..... Veterinário Militar

**2) DOCUMENTAÇÃO:**

RG N°: ..... SSP: ..... Emissão: ...../...../.....  
CPF: ..... Grupo Sangüíneo : Tipo: ..... RH: .....  
Título Eleitor: ..... Zona: ..... Seção: .....  
Data : ...../...../..... Município : ..... UF: .....  
Certificado Militar: ..... Série: ..... Cat.: .....

**3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:**

Universidade: .....  
Faculdade/Escola: .....  
Data de Conclusão ...../...../..... Curso: .....  
Orgão: ..... N° ..... Livro: ..... Folha: .....  
Data...../...../..... Outros: .....



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ

**4) ATIVIDADE PROFISSIONAL:**

Pública ( ) Privada ( ) Pública e Privada ( ) Sem Atividade ( )

Entidade: .....

End. Profissional: .....

Município: ..... UF: ..... CEP: .....

Telefone: ( ) ..... Fax: ( ) ..... Cel.: ( ) .....

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  + 12 s.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-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

**8 - OBSERVAÇÕES:**

.....  
.....  
.....

FUNC. RESPONSÁVEL:

ASSINATURA:

Local: .....

Data: ...../...../.....