



**Serviço Público Federal**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA**  
**NO ESTADO DE ALAGOAS - CRMV - AL**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA**



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

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

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária no Estado de Alagoas (CRMV-AL),

( ) Médico-veterinário ( ) Zootecnista, vem à presença de Vossa Senhoria requerer ( ) 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: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: Rua/Av. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ ( ) Veterinário Militar

**2) DOCUMENTAÇÃO:**

RG nº: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_ Data da Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título de eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_ Data da Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Certificado Militar: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_ RM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator Rh: \_\_\_\_\_

Carteira Nacional de Habilitação nº \_\_\_\_\_ Data da 1ª Habilitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:**

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

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

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

4) ATIVIDADE PROFISSIONAL:

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

Endereço Profissional: \_\_\_\_\_

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

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

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 ( ) 9-24 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:

Funcionário Responsável: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_