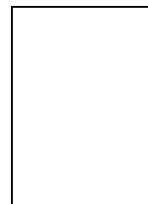




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
DO ESTADO DA PARAÍBA



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Data da Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inscrição nº: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado da Paraíba, \_\_\_\_\_

( ) Médico Veterinário ( ) Zootecnista, vem à presença de Vossa Senhoria requerer ( ) Inscrição, ( ) Inscrição Secundária, ( ) Transferência, ( ) Reativação da inscrição, 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: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Filiação: Pai \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

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

**2) DOCUMENTAÇÃO**

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

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

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

Município : \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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

**3) FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:**

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

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

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

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

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

**4) 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      + 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: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_