



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
DO DISTRITO FEDERAL

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E REATIVAÇÃO DE  
INSCRIÇÃO

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

Senhora Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária,

( ) Médico Veterinário ( ) Zootecnista, vem à presença de Vossa Senhoria requerer  
( ) Transferência, ( ) Reativação da inscrição, a fim de exercer a profissão no Distrito  
Federal.

**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: \_\_\_\_\_  
Orgão: \_\_\_\_\_ 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 - OBSERVAÇÕES:**

FUNC. RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

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

**8 – Da Secretaria Geral:**

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

**ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:**