



Serviço Público Federal  
Conselho Regional de Medicina Veterinária  
do Maranhão

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Inscrição nº \_\_\_\_\_ Categoria: ( ) VP ( ) VS ( ) ZP ( ) ZS

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do estado do Maranhão – CRMV-MA,  
venho por meio deste requerer:

Inscrição Secundária  Reativação de Inscrição  Transferência, a fim de exercer a profissão neste Estado

### DADOS PESSOAIS:

Nome completo: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Formação Profissional: Médico Veterinário  Zootecnista

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino  Feminino

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

Filiação: Pai \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Veterinário Militar:  Sim  Não

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

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

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

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

Endereço de correspondência é o mesmo do residencial:  sim  não. Se não, informar endereço:

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

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

### DOCUMENTAÇÃO:

RG \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH \_\_\_\_\_

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

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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

Endereço: Ed. Mocelin Tower, Av. Daniel de La Touche, Nº 20, Sala 806, Cohama  
CEP: 65.074-115 – São Luís – MA

E-mail: secretaria@crmvma.org.br / pessoafisica@crmvma.org.br / sic@crmvma.org.br  
Fone: (98) 3304-9811 - 3304-9812



Serviço Público Federal  
Conselho Regional de Medicina Veterinária  
do Maranhão

**FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:**

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

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

**ÁREA DE ATUAÇÃO:**

Área de Atuação Principal: \_\_\_\_\_

Área de Atuação Secundária: \_\_\_\_\_

Área de Atuação Secundária: \_\_\_\_\_

Área de Atuação Secundária: \_\_\_\_\_

**INSCRIÇÃO EM OUTRO CRMV:**

CRMV n°: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

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

CRMV n°: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

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

**APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL:**

Aperfeiçoamento  \_\_\_\_\_

Especialização  \_\_\_\_\_

Mestrado  \_\_\_\_\_

Doutorado  \_\_\_\_\_

Pós-Graduação  \_\_\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da Lei, que estou ciente que as Anotações de Responsabilidade Técnica (ART) vigentes no CRMV de origem serão automaticamente canceladas, mediante deferimento do pedido de transferência.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

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

Endereço: Ed. Mocelin Tower, Av. Daniel de La Touche, Nº 20, Sala 806, Cohama  
CEP: 65.074-115 – São Luís – MA

E-mail: secretaria@crmvma.org.br / pessoafisica@crmvma.org.br / sic@crmvma.org.br  
Fone: (98) 3304-9811 - 3304-9812