



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
CRMV-RJ

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA

DADOS DO (A) PROFISSIONAL	NOME:	CLASSE: () Médico Veterinário () Zootecnista
CRMV de origem:	CPF:	E-mail:
RG n.º:	Órgão Expedidor:	Emissão: / /
Endereço:		Bairro:
Município/UF:	CEP:	DDD e telefone:

Venho à presença de Vossa Senhoria, requerer () Transferência de Inscrição com destino ao CRMV-RJ, conforme os artigos 9 a 17, da Resolução CFMV nº 1475/2022.

I – Estou ciente que, em caso de Transferência de Inscrição, as anotações de responsabilidade técnica (ARTs) vigentes no CRMV de origem serão automaticamente canceladas, uma vez deferido o pedido de transferência.

II – Estou ciente que, em caso de Transferência de Inscrição, devo entregar a cédula do CRMV de origem.

Pede deferimento.

Local/Data

Assinatura do Profissional