



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – CRMV/RJ



## REQUERIMENTO – REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO

|                |      |
|----------------|------|
| Nome Completo: | CPF: |
|----------------|------|

|  |              |
|--|--------------|
| ( <input type="checkbox"/> ) De acordo com a Lei 8.727/2016, declaro ser travesti ou transexual e desejo utilizar o nome social. | Nome Social: |
|--|--------------|

|                 |   |
|-----------------|---|
| Número do CRMV: | Classe: ( <input type="checkbox"/> ) Médico- Veterinário ( <input type="checkbox"/> ) Zootecnista |
|-----------------|---|

|     |                  |                    |
|-----|------------------|--------------------|
| RG: | Órgão Expedidor: | Data da Expedição: |
|-----|------------------|--------------------|

|  |         |
|--|---------|
| DDD ( <input type="checkbox"/> ) Telefone Celular: | E-mail: |
|--|---------|

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Endereço de Residência (Rua/AV) e N°: | Bairro: |
|---------------------------------------|---------|

|              |               |      |
|--------------|---------------|------|
| Complemento: | Município/UF: | CEP: |
|--------------|---------------|------|

|  |         |
|--|---------|
| Endereço Para Correspondência é o mesmo? ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO – Se não, preencher o campo abaixo: |         |
| (Rua/AV) e N°:   | Bairro: |

|              |               |      |
|--------------|---------------|------|
| Complemento: | Município/UF: | CEP: |
|--------------|---------------|------|

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Data da Colação de Grau:<br>____/____/____ | Nome da Instituição de Ensino: |
|--|--------------------------------|

Venho à presença de Vossa Senhoria, requerer a **reativação de inscrição** junto ao CRMV-RJ, conforme os artigos 23 a 25, da Resolução CFMV nº 1475/2022.

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

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Assinatura do (a) Profissional: | Local e Data:<br>____, ____/____/____. |
|---------------------------------|--|