



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



REQUERIMENTO - TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO

Nome Completo:	Data de Nascimento: ____/____/____
----------------	---------------------------------------

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

CPF:	Número e UF do CRMV de origem:	Certificado Militar-RA (obrigatório para homens):
------	--------------------------------	---

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

Nome da mãe:	Nome do Pai:
--------------	--------------

Naturalidade/UF:	Nacionalidade:	Estado Civil:
------------------	----------------	---------------

Data da Colação de Grau: ____/____/____	Nome da Instituição de Ensino:
--	--------------------------------

DDD () Telefone de Contato:	E-mail:
------------------------------	---------

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

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

Endereço Para Correspondência é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, preencher o campo abaixo:

(Rua/AV) e N°:	Bairro:
----------------	---------

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

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

I-Estou ciente que, deferida a transferência de inscrição, esta será efetivada após a devolução da cédula ao CRMV de origem ou de destino.

II-Estou ciente que, as anotações de responsabilidade técnica (ARTs) vigentes no CRMV de origem serão automaticamente canceladas, uma vez deferido o pedido de transferência.

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

Assinatura do (a) Profissional: _____	Local e Data: _____, ____/____/____.
--	---