



Serviço Público Federal  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA  
DO ESTADO DE MINAS GERAIS – CRMV-MG  
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

Data de inscrição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Protocolo de inscrição: 343084709 -03/02/2025 Categoria: \_\_\_\_\_

Senhor presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do estado de Minas Gerais (CRMV-MG),  
Affonso Lopes de Aguiar Júnior,  
venho à presença de Vossa senhoria requerer uma inscrição.

**1) Dados pessoais:**

Nome completo: LUIS HENRIQUE CARVALHO DA SILVA

Classe profissional: Medicina Veterinária

Nascimento: 25/05/2001 Sexo: Masculino Estado civil: SOLTEIRO(A)

Naturalidade: AMERICANA UF: SÃO PAULO Nacionalidade: BRASILEIRA

Endereço residencial: 180 N°: 180 Complemento: APTO 301 BLOCO 3 Bairro: BOM JESUS

Município: CONTAGEM UF: MINAS GERAIS CEP: 18032-2-1

Telefone: 953944945 E-mail:

luishenriquecarvalhodasilva25@gmail.com

Filiação: Pai: ADERSON FERREIRA DA SILVA

Mãe: MIRIAN MARIA DE CARVALHO DA SILVA

**2) Documentação:**

RG n°: 523486753 Órgão emissor: SSP Data da emissão: 22/11/2021

Título de eleitor: 451913090141 Zona: 006 Seção: 0157 Data da emissão: 17/07/2025

Certificado militar: 320003127758 Categoria: 99

RM: 99 CSM: 99 Data: 03/09/2020

CPF: 42030002895 Grupo sanguíneo: A Fator Rh: Negativo

**3) Formação universitária:**

Universidade/Faculdade/Escola: UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - MG UFV-

MG Data de conclusão: 23/01/2026 N° Registro: 99

Nº Livro: 99 Nº Folha: 99

**4) Atividade profissional:**

Atividade: Pública

Endereço profissional: Avenida Presidente Carlos Luz N°: 5162 Complemento: Bairro: Pampulha

Município: BELO HORIZONTE UF: MINAS GERAIS CEP: 31310-0-2

Telefone: 934092000 Fax:

Remuneração Global, (Baseada em nº de salário mínimo):

Descrição das atividades profissionais: RESIDÊNCIA VETERINÁRIA EM CLÍNICA DE PEQUENOS ANIMAIS (R1)

**5) Aperfeiçoamento profissional:**

Áreas de atuação: CLÍNICA ,

Aperfeiçoamento profissional: RESIDENCIA MEDICA

**6) Da secretaria geral:**

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

**7) Observações:**

Delegacia de entrega: Belo Horizonte (Local de entrega da carteira)

Funcionário Responsável: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_