



Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região

Av. Lacerda Franco, 1.073, Cambuci
01536-000 São Paulo-SP
11 3347-5555

REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

INTERESSADO(A)	Nome Completo:		Nº da Inscrição:		
	Naturalidade:				Estado:
	Nacionalidade:	Estado Civil:	Sexo:	Data de Nascimento	
	Nome do pai:		Nome da mãe:		
	Carteira de identidade (RG):	Data de expedição:	Órgão Expedidor:	CPF:	
	Título de eleitor nº:	Zona:	Seção:	UF:	Certificado de reservista nº:

ENDEREÇO RESIDENCIAL	Endereço:				nº
	Complemento:		Bairro:		
	Município:		UF:	CEP:	
	Fone fixo ()	Fone celular ()	E-mail		

MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/> AUTORIZO o envio dos meus documentos via correio ao endereço abaixo:				
	Rua, Alameda, Tv., etc.				nº
	Complemento:		Bairro:		
	Município:		UF:	CEP:	
	<input type="checkbox"/> IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS				

ATENÇÃO, PREENCHER OS DADOS ABAIXO A MÃO, A FOTO DEVERÁ OBEDECER AO PADRÃO 3X4, COM FUNDO BRANCO.

DECLARO QUE LI E CONFERI OS DADOS ACIMA, QUE SÃO AUTÊNTICOS AOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, E SERÃO IMPRESSOS EM MINHA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL.

REQUEIRO ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região, a **Prorrogação** de minha inscrição profissional provisória, nos termos da Resolução nº 20, de 21 de maio de 1998 do Conselho Federal de Biomedicina – CFBM.

Local e Data: _____, ____/____/____

Foto 3x4

Polegar Direito

Assinatura (CANETA PONTA GROSSA, utilizar todo espaço sem ultrapassar as bordas)