



Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região

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

REQUERIMENTO DE REINGRESSO

| | | | | | |
|--|--|---------------------|------------------|--------------------|-------------------------------|
| 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 | () AUTORIZO o envio dos meus documentos via correio ao endereço abaixo: | | | | |
| | Rua, Alameda, Tv., etc. | | | | nº |
| | Complemento: | | Bairro: | | |
| | Município: | | UF: | CEP: | |
| | () 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, o **Reingresso** de minha inscrição profissional, nos termos da Lei nº 6.684, de 03/07/1979 e Decreto nº 88.439, de 28/06/1983.

Local e Data: _____, _____ / _____ / _____

Foto 3x4

Polegar Direito

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