



## Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região

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

### REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO

#### 1. Interessado(a)

Nome

Nº de inscrição no CRBm-1

#### 2. CRBM de destino da inscrição. Assinale 'X'

- CRBM-2 (AL, BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN e SE)  
 CRBM-3 (DF, GO, MT, MG e TO)  
 CRBM-4 (AC, AP, AM, PA, RO e RR)  
 CRBM-5 (RS e SC)  
 CRBM-6 (PR)

#### 3. Endereço em que passará a residir

Rua, Alameda, Tv.

nº

Complemento

Bairro

Município

UF

CEP

Fone fixo

( )

Fone celular

( )

E-mail

#### 4. Endereço em que passará a trabalhar como Biomédico(a)

Nome do estabelecimento

Rua, Alameda, Tv., etc.

nº

Complemento

Bairro

Município

UF

CEP

Fone comercial

( )

E-mail

Responsabilizando-me pelas informações, solicito ao Presidente do CRBm-1 a transferência de minha inscrição para o CRBM-\_\_\_\_\_, nos termos da Resolução nº 1, de 27 de março de 1994 do Conselho Federal de Biomedicina – CFBM.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Interessado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) interessado(a)