



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 1ª REGIÃO

Jurisdição: São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Espírito Santo (ES), Mato Grosso do Sul (MS)

REQUERIMENTO DE ACESSO À RESOLUÇÃO CFBM N.255/15
(Anexar cópia do documento de identidade e comprovante de residência)

*Dados obrigatórios

1. Dados do requerente

Nome *		Nº do CRBM -1	
Naturalidade		Estado	
Estado Civil	Sexo * () F () M	Data de Nascimento *	
Nome do Pai		Nome da Mãe	
RG*	CPF*	Título de Eleitor	

2. Contatos

Endereço *		Cidade *
UF *	CEP *	Fone com DDD *
E-mail *		

3. Requer informação sobre () Pessoa Física

Nome do Estabelecimento ou do (a) Biomédico (a) *		
Endereço do estabelecimento (se souber)		Cidade
UF	CEP	Fone com DDD
Solicitação: enquadramento na RESOLUÇÃO N. 255 art 1º () art 2º () art 3º () art 4º ()		
Motivo do pedido de informações: descrever *		
Em conformidade com o disposto nos artigos da resolução CFBM nº 255/15 disponível no site do CRBM1 no link: http://crbm1.gov.br/novosite/wp-content/uploads/2013/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-255.pdf		

O recebimento da informação será através do e-mail informado no item 2 deste formulário.

Local e data _____, ____/____/____.

Assinatura do interessado conforme documento de identidade em anexo