

Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região
Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, 01523-000 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				

DECLARO QUE LI E CONFERI OS DADOS ACIMA, QUE SÃO AUTÊNTICOS AOS DOCUMENTOS APRESENTADOS.

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: _____, ____/____/____

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

--