Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região
Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci
01523-000 São Paulo-SP
11 3347-5555

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

DADOS

Nome completo:					CPF:
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade	Estado Civil:	RG/RNE:	Data Expedição:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço:		Nº
Complemento:		Bairro:
Município:	UF:	CEP:
Fone fixo ( )	Fone celular ( )	E-mail

Venho através deste, nos termos do Dec. n° 88.439 e Lei n° 6.642, requerer (apenas uma opção):

( ) Registro definitivo ( ) Cartão profissional / 2° via de cartão

( ) Reativação de registro (Reingresso) ( ) Alteração de provisório para definitivo

MODO DE ENTREGA/ DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

Finalizado o processo, quero que meu Cartão de Identidade Profissional a ser expedido seja **(ESCOLHER APENAS UMA DAS TRÊS OPÇÕES):**

1. ( ) Retirado pessoalmente por mim* ;
2. ( ) Retirado pessoalmente pela pessoa autorizada por mim cujo CPF é _____* ;
3. ( ) Enviado via Correios (Taxa de Postagem)**

*** Se assinalou a opção 1 ou 2, indique uma opção abaixo (onde deverá ser a retirada):**

( ) Na Sede em São Paulo - SP; ( ) Na Seccional do Rio De Janeiro - RJ ; ( ) Na Seccional de Ribeirão Preto - SP;

( ) Na Seccional de Campo Grande - MS; ( ) Na Seccional de Vitória – ES;

**** Se assinalou a opção 3, indique uma opção abaixo (para onde deve ser enviado):**

( ) No endereço residencial constante no parágrafo acima;

( ) Em outro endereço (preencher abaixo se assinalar esta opção)

Rua, Alameda, Avenida, etc	nº
Complemento / Bairro / Cidade / Estado	CEP

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 minha inscrição profissional, nos termos da Lei nº 6.684, de 03/07/0979 e Decreto nº 88.439, de 28/06/1983.* _____ *(local),* ___ *de* _____ *de* _____ *(data) .* _____ *(Assinatura por extenso)*

FOTO ORIGINAL

Característica: Alinhada na horizontal pelos olhos, em disposição frontal, fundo branco, apresentação neutra e centralizada.

DIGITAL

Característica: Sem espaços brancos em suas bordas, com linhas de seu preenchimento visíveis e identificáveis.

ASSINATURA

Veronica de Oliveira

Característica: Centralizada, com seus traços em preto e legíveis ao olho nú.

Foto 3 x 4 (fundo branco) | **Polegar direito** Não borrar. Tinta Preta | **Polegar direito** (repetir) Não borrar. Tinta Preta | **Assinatura** (Respeite a área definida para evitar o corte da assinatura)

CASA DA MOEDA DO BRASIL

Código para uso do CRBM1 (não alterar)

Caso nenhuma das biometrias acima apresente boa qualidade, autorizo a impressão da biometria do meu RG na minha CIP (apenas se estiver legível)