

# Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região

Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci

01523-000 São Paulo-SP

11 3347-5555

## REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA


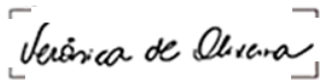
<b>DADOS</b>	Nome completo:			Área de Atuação (Habilitações):		
	Naturalidade:	UF:	Nacionalidade	Estado Civil:	RG/RNE:	Data Expedição:
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>	Endereço:					
	Nº					
	Complemento:	Bairro:	Município:	UF:	CEP:	
<b>TIPO DE PROCESSO</b>	Fone celular					
	E-mail					
Nos termos do Dec. n° 88.439 e Lei n° 6.642, requeiro (apenas uma opção):						
<input type="checkbox"/> Registro definitivo						
<input type="checkbox"/> Cartão profissional / 2° via de cartão						
<input type="checkbox"/> Reativação de registro (Reingresso)						
<input type="checkbox"/> Alteração de provisório para definitivo						
<b>MODO DE ENTREGA/ DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS</b>	Finalizado o processo, quero que meu Cartão de Identidade Profissional seja ( <b>ESCOLHER UMA DAS TRÊS OPÇÕES E SEU COMPLEMENTO</b> ):					
	1. <input type="checkbox"/> Retirado pessoalmente por mim* ;					
	2. <input type="checkbox"/> Retirado pessoalmente pela pessoa autorizada por mim cujo CPF é _____* ;					
	3. <input type="checkbox"/> Enviado via Correios (Taxa de Postagem)**					
* <b>Se assinalou a opção 1 ou 2, indique uma opção abaixo (onde deverá ser a retirada):</b>						
<input type="checkbox"/> Na Sede em São Paulo - SP; <input type="checkbox"/> Na Seccional do Rio de Janeiro - RJ; <input type="checkbox"/> Na Seccional de Ribeirão Preto - SP;						
<input type="checkbox"/> Na Seccional de Campo Grande – MS * Seccional Espírito Santo desativada temporariamente						
** <b>Se assinalou a opção 3, indique uma opção abaixo (para onde deve ser enviado):</b>						
<input type="checkbox"/> No endereço residencial constante no parágrafo acima;						
<input type="checkbox"/> Em outro endereço (neste caso, deverá indicá-lo no campo abaixo e também adicioná-lo ao “Serviços Online”, no item “Alterar Dados” >> "+ Endereço de Correspondência”).						
Rua, Alameda, Avenida, etc						n°
Complemento / Bairro / Cidade / Estado					CEP	

**Declaro** que li e conferi os dados acima, que são autênticos aos documentos apresentados e assim serão impressos em minha Cédula de Identidade Profissional. Também **REQUEIRO** ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região minha inscrição profissional, nos termos da Lei n° 6.684, de 03/07/1979 e Decreto n° 88.439, de 28/06/1983.

⇒ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (local e data)

⇒ \_\_\_\_\_ (assinatura por extenso)

### COLETA DE BIOMÉTRICOS. ATENTAR-SE ÀS INSTRUÇÕES ABAIXO:

<p><b>EXEMPLO FOTO</b></p> 	<p><u>A foto deverá ser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recente (não mais que 6 meses);</li> <li>• em padrão 3x4 (35-40mm);</li> <li>• tomada próximo da cabeça e no alto dos ombros, de modo que sua face tome 70 – 80% da imagem;</li> <li>• com foco nítido e limpo;</li> <li>• em alta resolução (entre 300 e 400 dpi's);</li> <li>• sem marcas de tinta ou vinco;</li> <li>• com fundo branco e neutro;</li> <li>• em posição de frente e olhando diretamente para a câmera;</li> <li>• digitaliza também avulsa, com os mesmos parametros acima, em JPEG (para ser inserida na área de uploads, no item “foto”).</li> </ul>	<p><u>A assinatura deverá ser:</u></p>
	<p><b>Modelo de Assinatura</b></p>  <p>sejam transpostos (sujeito a cortes);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• escrita preferencialmente com caneta de tinta preta e ponta grossa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• legível;</li> <li>• não muito pequena;</li> <li>• grande o suficiente contanto que caiba na área delimitada - sem que os limites do quadrilátero</li> </ul>
	<p><b>COLE AQUI A FOTO 3X4</b></p>	<p><b>CPF:</b> _____ - _____</p>

