

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

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA



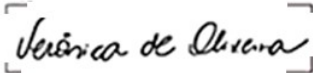
DADOS	Nome completo:					Data Nascimento:
	Habilitações (áreas de atuação):					
	Naturalidade:	UF:	Nacionalidade	Estado Civil:	RG/RNE:	Data Expedição:
ENDEREÇO RESIDENCIAL	Endereço:					Nº
	Complemento:	Bairro:	Município:	UF:	CEP:	
	Fone celular ( )			E-mail		
TIPO DE PROCESSO	Nos termos do Dec. nº 88.439 e Lei nº 6.642, requero (apenas uma opção): ( ) Registro definitivo; ( ) Cartão profissional / 2º 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 seja <b>(ESCOLHER UMA DAS TRÊS OPÇÕES E SEU COMPLEMENTO)</b> : 1. ( ) Retirado pessoalmente por mim* ; 2. ( ) Retirado pessoalmente pela pessoa autorizada por mim cujo CPF é _____* ; 3. ( ) Enviado via Correios (Taxa de Postagem)** <b>* Se assinalou a opção 1 ou 2, indique uma opção abaixo (onde deverá ser a retirada):</b> ( ) 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 <b>** Se assinalou a opção 3, indique uma opção abaixo (para onde deve ser enviado):</b> ( ) No endereço residencial constante no parágrafo acima; ( ) Em outro endereço (indica-lo nos campos abaixo e também adicioná-lo ao Serviços Online, no item "Alterar Dados" >> "+ Endereço de Correspondência").					
	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 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 nº 6.684, de 03/07/1979 e Decreto nº 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>  <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 nitido 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></ul> <p>• digitalizada também avulsa, com os mesmos parâmetros acima, em JPEG (para ser inserida na área de uploads, no item "foto").</p>  <p><b>COLE AQUI A FOTO 3X4</b></p>	<p><b>Modelo de Assinatura</b></p>  <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 sejam transpostos (sujeito a cortes);</li><li>• escrita preferencialmente com caneta de tinta preta e ponta grossa.</li></ul> <p>↓</p> <p>CPF: _____ - _____</p>
---	---