



Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região

Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci
01523-000 São Paulo-SP
11 3347-5555

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

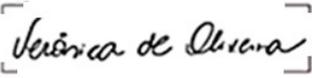
DADOS	Nome completo (registro civil)							
	Nome Social (se houver)						Data Nascimento:	
	Habilitações (áreas de atuação):							
	Naturalidade:	UF:	Nacionalidade	Estado Civil:	RG/RNE:	Data Expedição:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL	Endereço:							Nº
	Complemento:	Bairro:	Município:	UF:	CEP:			
	Fone celular ()			E-mail				
TIPO DE PROCESSO	Nos termos do Dec. nº 88.439 e Lei nº 6.642, requeiro (apenas uma opção): <input type="checkbox"/> Registro definitivo; <input type="checkbox"/> Cartão profissional / 2º via de cartão; <input type="checkbox"/> Reativação de registro (Reingresso) <input type="checkbox"/> Alteração de provisório para definitivo							
MODO DE ENTREGA/ DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS	Finalizado o processo, quero que meu Cartão de Identidade Profissional seja (ESCOLHER UMA DAS TRÊS OPÇÕES E SEU COMPLEMENTO) : 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)** * Se assinalou a opção 1 ou 2, indique uma opção abaixo (onde deverá ser a retirada) : <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 <input type="checkbox"/> Na Seccional de Vitória - ES ** Se assinalou a opção 3, indique uma opção abaixo (para onde deve ser enviado) : <input type="checkbox"/> No endereço residencial constante no parágrafo acima; <input type="checkbox"/> 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>EXEMPLO FOTO</p>  <p>A foto deverá ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • recente (não mais que 6 meses); • em padrão 3x4 (35-40mm); • tomada próximo da cabeça e no alto dos ombros, de modo que sua face tome 70 - 80% da imagem; • com foco nítido e limpo; • em alta resolução (entre 300 e 400 dpi's); • sem marcas de tinta ou vinco; • com fundo branco e neutro; • em posição de frente e olhando diretamente para a câmera; <p>• digitalizada também avulsa, com os mesmos parâmetros acima, em JPEG (para ser inserida na área de uploads, no item "foto").</p> <p>CASA DA MOEDA DO BRASIL</p> <p>COLE AQUI A FOTO 3X4</p>	<p>Modelo de Assinatura</p>  <p>A assinatura deverá ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • legível; • não muito pequena; • grande o suficiente contanto que caiba na área delimitada - sem que os limites do quadrilátero sejam transpostos (sujeito a cortes); <p>• escrita preferencialmente com caneta de tinta preta e ponta grossa.</p> <p>↓</p> <p>CPF: _____</p>
---	---