



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorriho
80730-000 Curitiba-PR
41 3042-4644

ENTREGA DOS DOCUMENTOS

(Preencha este formulário, assine-o e anexe-o ao requerimento)

Assinale abaixo como deseja receber de volta o **diploma original** (em caso de inscrição definitiva) e/ou a **cédula de identidade do Biomédico** a ser confeccionada pelo CRBM-6. São 3 opções abaixo. Marque 1(uma) opção apenas.

Opção 1 - Pessoalmente

Irei pessoalmente ao CRBM-6 retirar o **diploma original** e/ou a **cédula de identidade do Biomédico**. Sei que o CRBM-6 fica na **Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408**, Bigorriho, Curitiba-PR, CEP 80730-000 e que funciona de 2ª a 6ª, das 8 às 17 horas.

Opção 2 - Correio

Quero que o **diploma original** e/ou a **cédula de identidade do Biomédico** me seja(m) entregue(s) pelo correio, no endereço abaixo, sem qualquer custo adicional para mim, responsabilizando-me integralmente por seu eventual extravio ou avaria decorrente de sua remessa postal.

Endereço para remessa

Rua, Travessa, Alameda, etc.

nº

Complemento

Bairro

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Cidade

Estado

CEP

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Opção 3 - Entrega a Terceiro

Autorizo a pessoa abaixo identificada a retirar para mim na Sede do CRBM-6 o **diploma original** e/ou a **cédula de identidade do Biomédico**. Sei que o CRBM-6 fica na **Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorriho, Curitiba-PR**. Avisarei a pessoa autorizada a levar seu documento de identificação com foto no ato da retirada.

Nome da pessoa autorizada

RG

CPF

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Declaro ter lido as instruções referentes ao requerimento de inscrição e estou anexando a ele toda documentação exigida pelo CRBM-1. Estou ciente de que meu pedido não será protocolado se não estiver instruído dos documentos necessários, os quais me serão devolvidos por correio ao endereço residencial apontado no requerimento.

Local

Data

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Digite seu nome, seu nº de inscrição, seu e-mail e o celular com DDD nos campos abaixo.

Interessado

Nº de inscrição no CRBM-6

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

E-mail

Celular com DDD

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Assinatura do interessado