



## Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua Padre Anchieta, 2.454, CJ 1703 - Bigorrião  
80730-000 Curitiba-PR  
41 3359-9341

### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

INTERESSADO(A)	Nome:			Nº de inscrição no CRBM-6:		
	Naturalidade:			Estado:		
	Nacionalidade:		Estado Civil:	Sexo:		Data de Nascimento:
	Nome do pai:			Nome da mãe:		
	RG/RNE:		Data de expedição:	Órgão Expedidor:		CPF:
	Título de eleitor nº:		Zona:	Seção:	UF:	Certificado de reservista nº:
ENDERECO RESIDENCIAL	Endereço:					Nº:
	Complemento:			Bairro:		
	Município:			UF:	CEP:	
	Fone fixo: ( )		Fone celular: ( )		E-mail:	
MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> o envio dos meus documentos via correio ao endereço abaixo ( <b>haverá cobrança de taxa de remessa</b> ):					
	Rua, Av., Tv., etc.:				Nº:	
	Complemento:			Bairro:		
	Município:			UF:	CEP:	
	<input type="checkbox"/> IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS		<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO ENTREGA A TERCEIRO</b>			
			NOME:		RG:	
Graduado(a) pelo(a) (nome da instituição de ensino):						
Estágio supervisionado (atuações):						
<b>DECLARO QUE LI E CONFERI OS DADOS ACIMA, QUE SÃO AUTÊNTICOS AOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, E SERÃO IMPRESSOS EM MINHA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL.</b>						
REQUEIRO à Presidência do Conselho Regional de Biomedicina - 6ª 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 e data _____, ____/____/____						
<b>ATENÇÃO, A FOTO DEVERÁ OBEDECER AO PADRÃO 3X4, COM FUNDO BRANCO.</b>						

Foto 3x4

Polegar direito

Polegar direito (Repetir)

Assinatura (Não ultrapassar as bordas)