



## Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua Padre Anchieta, 2.454, CJ 1703 - Bigorriho

80730-000 Curitiba-PR

41 3359-9341

### REQUERIMENTO DE REINGRESSO

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:
ENDEREÇO 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"/> AUTORIZO ENTREGA A TERCEIRO		
			NOME:		RG:	
<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 o Reingresso de minha inscrição profissional, nos termos da Lei nº 6.684, de 03/07/1979 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)

--

--

--

--