



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

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

REQUERIMENTO DE REINGRESSO

INTERESSADO(A)	Nome Completo:		Nº da Inscrição:			
	Naturalidade:					Estado:
	Nacionalidade:	Estado Civil:	Sexo:	Data de Nascimento		
	Nome do pai:		Nome da mãe:			
	Carteira de identidade (RG):	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	() AUTORIZO o envio dos meus documentos via correio ao endereço abaixo:					
	Rua, Alameda, Tv., etc.					nº
	Complemento:		Bairro:			
	Município:		UF:	CEP:		
	() IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS			() AUTORIZO ENTREGA A TERCEIRO		
NOME:			RG:			

ATENÇÃO, PREENCHER OS DADOS ABAIXO A MÃO, A FOTO DEVERÁ OBEDECER AO PADRÃO 3X4, COM FUNDO BRANCO.

DECLARO QUE LI E CONFERI OS DADOS ACIMA, QUE SÃO AUTÊNTICOS AOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, E SERÃO IMPRESSOS EM MINHA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL.

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: _____, ____/____/____

Foto 3x4

Polegar Direito

Assinatura (CANETA PONTA GROSSA, utilizar todo espaço sem ultrapassar as bordas)