



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

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

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

INTERESSADO(A)	Nome completo:			
	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:
ENDEREÇO RESIDENCIAL	Endereço:			nº
	Complemento:		Bairro:	
	Município:		UF:	CEP:
	Fone fixo ()	Fone celular ()	E-mail	
MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/> AUTORIZO O ENVIO DOS MEUS DOCUMENTOS VIA CORREIO AO ENDEREÇO ABAIXO:			
	Rua, Alameda, Tv., etc.			nº
	Complemento		Bairro	
	Município		UF	CEP
	<input type="checkbox"/> IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS NOME:		<input type="checkbox"/> AUTORIZO ENTREGA A TERCEIRO RG:	
Graduado(a) pelo(a) (nome da instituição de ensino)				
Estágio Supervisionado (Atuações)				
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 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 _____, _____ / _____ / _____				

Foto 3x4

Polegar direito

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

--	--	--