

**REQUERIMENTO**

Ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina 3° Região. Eu

Nome		
RNE/CPF	Naturalidade	
Endereço		
CEP	Bairro	
Município	UF	
Fone + DDD	Fone + DDD	
e-mail	e-mail 2	

Venho através deste, nos termos do Dec. nº 88.439 e Lei nº 6.642, requerer (apenas uma opção):

<input type="checkbox"/>	Registro definitivo	<input type="checkbox"/>	Cartão profissional / 2° via de cartão
<input type="checkbox"/>	Reativação de registro (Reingresso)	<input type="checkbox"/>	Alteração de provisório para definitivo

Solicito o meio de envio / entrega do cartão profissional:

<input type="checkbox"/>	Retirar pessoalmente no CRBM-3 mais próximo.	<input type="checkbox"/>	Envio por SEDEX.
<input type="checkbox"/>	Autorizo a pessoa com CPF _____ a retirar meu cartão profissional.		

Declaro que as informações prestadas bem como todos os documentos enviados ao CRBM-3 são verdadeiros. Estou ciente das penalidades da lei bem como do Art. 299 do Código Penal. Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso ou conforme documento pessoal.

**COLETA DA BIOMETRIA PARA CONFECÇÃO DO CARTÃO PROFISSIONAL POR S.M.I.**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES. LEIA ANTES DE INICIAR!

**FOTO ORIGINAL**

**Característica:** Alinhada na horizontal pelos olhos, em disposição frontal, fundo branco, apresentação neutra e centralizada.

**DIGITAL**

**Característica:** Sem espaços brancos em suas bordas, com linhas de seu preenchimento visíveis e identificáveis.

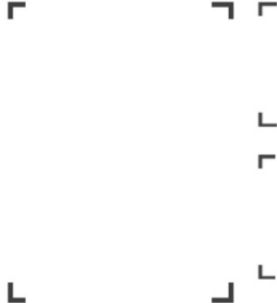
**ASSINATURA**

**Característica:** Centralizada, com seus traços em preto e legíveis ao olho nú.

**Foto 3 x 4**  
(Fundo Branco)



**Polegar Direito**  
(Tinta preta. Não borrar)



**Assinatura**

(Use caneta preta de ponta grossa. Respeite a área definida para evitar o corte da assinatura.)

(Repetir)

CPF: \_\_\_\_\_