

Ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina 3 Região, Eu

Nome			
RNE/CPF		Naturalidade	
RG		Órgão Expedidor / UF	
Endereço			
CEP		Bairro	
Município		UF	Telefone () _____
E-mail			

1. Venho através deste, nos termos do Dec. n 88.439 e Lei n 6.642, requerer (apenas uma opção):

☐	Registro Definitivo
☐	Reativação de Registro (Reingresso)
☐	Alteração de provisório para definitivo
☐	Nenhuma solicitação acima

2. Solicito o cartão profissional / 2ª Via de Cartão:

☐	SIM
☐	NÃO

3. Solicito o meio de envio / entrega de cartão:

☐	Retirar pessoalmente no crbm-3 mais próximo
*Escolha o local:	
☐	Envio pelo correio

☐

Autorizo a pessoa com o CPF:

a retirar o cartão.

* Locais disponíveis para retirada pessoal: Goiânia - GO, Brasília - DF, Palmas -TO, Belo Horizonte - MG, Divinópolis - MG, Montes Claros - MG, Uberaba - MG

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 CONFEÇÃO DO CARTÃO PROFISSIONAL

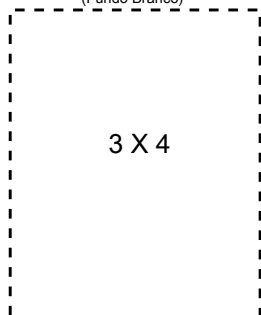
INFORMAÇÕES IMPORTANTES. LEIA ANTES DE INICIAR!



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

ASSINATURA

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

Foto 3 x 4
(Fundo Branco)

3 X 4

Assinatura

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

(Repetir)