

**REQUERIMENTO GERAL**

Ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina 3ª Região, eu:

Nome:		CRBM-3:
RNE/CPF	Naturalidade:	
Endereço:		
CEP:	Bairro:	
Município:	UF:	
Fone + DDD:	Fone + DDD:	
E-mail 1:	E-mail 2:	

Venho através deste, nos termos da Resolução CFBM N° 255 DE 12/06/2015 requerer:

<input type="checkbox"/>	Desconto 10 anos.	<input type="checkbox"/>	Desconto 20 anos.	<input type="checkbox"/>	Remido
<input type="checkbox"/>	Outros:				

Declaro que as informações prestadas bem como os documentos enviados ao CRBM-3 são verdadeiros e que estou ciente das penalidades cíveis e administrativas bem como do art. 299 do Código Penal em caso de falsidade dos itens acima citados.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

 Assinatura por extenso ou conforme documento pessoal.