



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 2ª REGIÃO
CRBM 2

Jurisdição: BA, SE, AL, PE, PB, RN, CE, PI, MA

REQUERIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO - SIC

*Dados obrigatórios

1. Dados do requerente

Nome *		Nº do CRBM -1 (se biomedico/a)	
Naturalidade		Estado	
Estado Civil	Sexo * () F () M	Data de Nascimento *	
Nome do Pai		Nome da Mãe	
RG*	CPF*	Título de Eleitor	

2. Contatos

Endereço *		Cidade *
UF *	CEP *	Fone com DDD *
E-mail *		

3. Requer informação atendendo a lei 12.527/2011 (informação pública do órgão)

Tipo de informação solicitada: *
Motivo do pedido de informações: *
Em conformidade com o disposto no artigo 31, §2º, da Lei 12.527/2011, o requerente declara estar ciente que o uso indevido das informações ora requeridas poderá acarretar na sua responsabilização pessoal.

O recebimento da informação será através do e-mail informado no item 2 deste formulário.

Local e data

Assinatura do interessado conforme documento de identidade em anexo