



**CERTIDÃO DE REGULARIDADE DE
REGISTRO PROFISSIONAL**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 2ª REGIÃO
Jurisdição: BA, SE, AL, PE, PB, RN, CE, PI, MA
Rua Gervásio Pires, 1074 - Soledade - Recife - PE - CEP 50050-070
Fone: (81) 3222.3200 / 3221.1245 - Fax: (81) 3221.1080
www.crbm2.gov.br

Eu, _____
inscrito(a) no CRBM 2ª Região sob o n.º _____, nacionalidade _____,
natural de _____, UF _____, estado civil _____,
RG n.º _____, Órgão Emissor _____, Data de Nascimento ____/____/____,
CPF n.º _____, residente à _____
n.º _____, apto _____, bloco _____, bairro _____, estado _____,
cidade _____ CEP _____, Fone (____) _____,
e-mail _____ venho requerer a
emissão da certidão de regularidade de registro profissional perante essa entidade.

Endereço de Trabalho: (Rua Av. Alameda, Trav., etc)

n.º _____, Complemento _____,
Bairro _____, Cidade _____,
Estado _____, CEP _____, Telefone (____) _____, Razão Social
da Empresa _____.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura