REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE REMISSÃO DE ANUIDADE	**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** **www.crbm2.gov.br**

1. DADOS DO BIOMÉDICO

Nome:_____

Número de Registro (Inscrição) no CRBM2 _____

Endereço Residencial: _____

_____Nº_____ ,

Apto _____, Bloco _____, Quadra_____ , Bairro _____, Cidade

_____Estado _____, CEP _____, Telefone Fixo ( ) _____,

Celular ( ) _____, e-mail _____

Motivo do pedido de remissão ( ) Doença Grave ( ) Por idade/tempo de contribuição

2. SOLICITAÇÃO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ - _____ , _____ de _____, de _____

Cidade UF data mês ano

_____

Assinatura do biomédico