



REQUERIMENTO DE SUBSTITUIÇÃO DE CARTEIRA

Nome: _____

Nº de registro CRQ-V: _____ Nº de CPF: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Nº de RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Expedição: _____

Categoria profissional (título do diploma): _____

E-mail: _____ Nº de celular: _____

Tel. comercial: _____ Tel. residencial: _____

Endereço Residencial:

(Nome da rua, número – Complemento – Bairro – Cidade – Estado) CEP: _____

Nome da Entidade/Empresa: _____

Endereço Comercial:

(Nome da rua, número – Complemento – Bairro – Cidade – Estado) CEP: _____

Enviar correspondências para o endereço: - Endereço Residencial - Endereço Comercial

- Outro: _____ CEP: _____
(Nome da rua, número – Complemento – Bairro – Cidade – Estado)

- Receberei a carteira em meu endereço de correspondência e tenho ciência da necessidade de ter alguém para receber o pacote.

- Farei a retirada da carteira de forma presencial em: - Sede de Porto Alegre
- Delegacia de Lajeado - Delegacia de Farroupilha - Delegacia de Pelotas - Delegacia de Passo Fundo

Anexar a este requerimento:

- Quando ocorrer alteração de nome, apresentar certidão que comprove a mudança (casamento, nascimento, etc.);
- Documento de identificação emitido por órgão público;
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cópia de comprovante do Tipo Sanguíneo ou Declaração de Tipagem Sanguínea;
- Pagamento das taxas através do boleto bancário.

Confirmo a veracidade dos documentos anexados a este requerimento e, em caso de declaração falsa, estarei sujeito as sanções administrativas, civis e penais aplicáveis, conforme § 2º do artigo 3º da Lei nº 13.726/2018. Declaro, ainda, estar ciente das obrigações legais, bem como: efetuar o pagamento da anuidade até 31 de março de cada exercício e manter meus dados cadastrais atualizados. Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20_____
(local e data)

Obs: As assinaturas podem ser feitas de forma manual, conforme documento, ou assinatura com certificação digital.

Assinatura