ANEXO E

REQUERIMENTO DE NOVA AVALIAÇÃO

DADOS DO REQUERENTE			
Nome Completo			
Data de Nascimento	Identidade	Órgão Emissor	CPF
/ /			
Endereço residencial (Rua, Avenida, etc.)			
Bairro	Nº	Complemento	
Cidade	UF	CEP	
	MG		
(DDD) Tel. Residencial	(DDD) Tel. Celular	*E-mail*	
( )	( )		

Solicito novo exame, em data a ser marcada pelo CBMMG, concernente à atividade de:

- ☐ Brigadista profissional
- ☐ Brigadista florestal
- ☐ Guarda-vidas civil
- ☐ Instrutor de brigadistas
- ☐ Instrutor de guarda-vidas civil

Data: / /

Assinatura do requerente

PARA USO DO CBMMG

Data do recebimento: ____/____/_____

Parecer: ☐Deferido ☐Indeferido

Razões do indeferimento:

Data do parecer: ____/____/_____

Assinatura

ANEXO F

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS E VOLUNTÁRIOS

DADOS DA PESSOA JURÍDICA		
Nome da instituição (razão social)		
Nome fantasia (caso haja)		
Endereço da sede (Rua, Avenida, etc.)		
Bairro	Nº	Complemento
Cidade	UF	CEP
	MG	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL		
Nome Completo		
Endereço residencial (Rua, Avenida, etc.)		
Bairro	Nº	Complemento
Cidade	UF	CEP
	MG	
(DDD) Tel. Residencial	(DDD) Tel. Celular	*E-mail*
( )	( )	

IDENTIFICAÇÃO			
Nome	RG	Função exercida	CRM/COREN
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	
		Selecione	

Data: / /

Assinatura do representante legal

PARA USO DO CBMMG

Data do recebimento: ____/____/_____

Assinatura