# **ANEXO B**

# **REQUERIMENTO DE NOVA AVALIAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO REQUERENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nº BM |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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:**  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 | | | | | | |