



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorrrilho
80730-000 Curitiba-PR
41 3042-4644

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE HABILITAÇÃO

Nome do interessado(a)

Nº DE INSCRIÇÃO

ENDEREÇO RESIDENCIAL	Rua, Alameda, Tv.		nº		
	Complemento		Bairro		
	Município		UF	CEP	
	Fone fixo ()	Fone celular ()	E-mail		
ENDEREÇO PROFISSIONAL	Nome do estabelecimento				
	Rua, Alameda, Tv., etc.		nº		
	Complemento		Bairro		
	Município		UF	CEP	
	Fone comercial ()		E-mail		
HABILITAÇÃO(ÕES) DESEJADA(S)	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Biofísica	<input type="checkbox"/> Fisiologia Humana	<input type="checkbox"/> Microbiologia	<input type="checkbox"/> Psicobiologia
	<input type="checkbox"/> Biologia Molecular	<input type="checkbox"/> Biomedicina Estética	<input type="checkbox"/> Genética	<input type="checkbox"/> Microbiologia de Alimentos	<input type="checkbox"/> Radiologia
	<input type="checkbox"/> Análise Ambiental	<input type="checkbox"/> Bioquímica	<input type="checkbox"/> Hematologia	<input type="checkbox"/> Parasitologia	<input type="checkbox"/> Reprodução Humana
	<input type="checkbox"/> Análises Bromatológicas	<input type="checkbox"/> Citologia Oncótica	<input type="checkbox"/> Histologia Humana	<input type="checkbox"/> Patologia	<input type="checkbox"/> Sanitarista
	<input type="checkbox"/> Anatomia Patológica	<input type="checkbox"/> Embriologia	<input type="checkbox"/> Imunologia	<input type="checkbox"/> Patologia Clínica (Análises Clínicas)	<input type="checkbox"/> Saúde Pública
<input type="checkbox"/> Auditoria	<input type="checkbox"/> Farmacologia	<input type="checkbox"/> Imagenologia	<input type="checkbox"/> Perfusão	<input type="checkbox"/> Toxicologia	
<input type="checkbox"/> Banco de Sangue	<input type="checkbox"/> Fisiologia	<input type="checkbox"/> Informática de Saúde		<input type="checkbox"/> Virologia	
<input type="checkbox"/> Banco de Sangue	<input type="checkbox"/> Fisiologia Geral				

Responsabilizando-me pelas informações acima, **REQUEIRO** à Presidência do Conselho Regional de Biomedicina – 6ª Região a inclusão da(s) habilitação(ões) acima assinalada(s), nos termos da Resolução nº 169, de 16 de janeiro de 2009 e Resolução nº 174, de 14 de junho de 2009 do Conselho Federal de Biomedicina - CFBM.

Local e data

Foto 3x4

Polegar direito

Assinatura (não ultrapassar as bordas)



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorriho
80730-000 Curitiba-PR
41 3042-4644

MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTO(S)

1. Documento. Assinale um X no(s) quadradinho(s) correspondente(s)

Cédula de identidade do biomédico

Cópia autenticada do histórico escolar

Cópia autenticada de certificado de pós-graduação

Outros documentos (cópias autenticadas do RG, do CPF, do título de eleitor, da certidão de casamento, da certidão de casamento averbada com a separação ou divórcio, etc.)

2. Como deseja receber o(s) documento(s)? Assinale a opção abaixo

Correio (Informe o endereço completo no quadro nº 3 abaixo)

Irei pessoalmente ao CRBM-6 (Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorriho, Curitiba-PR, CEP 80730-000, de 2ª a 6ª, das 8 às 17 horas)

Autorizarei alguém a retirar pra mim na Sede do CRBM-6 (modelo de autorização na página 3)

3. Endereço para remessa (Preencher somente se tiver optado pelo correio)

Logradouro		nº	
Complemento		Bairro	
Cidade		UF	
		CEP	

Responsabilizo-me integralmente por eventual extravio ou avaria do(s) documento(s) assinalado(s) no quadro nº 1, decorrente de sua remessa postal.

_____, ____/____/____
Local e data

Interessado(a)

Assinatura do(a) interessado(a)



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorriho
80730-000 Curitiba-PR
41 3042-4644

AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE DOCUMENTO(S) A TERCEIRO

1. Documento. Assinale um X no(s) quadradinho(s) correspondente(s)

Cédula de identidade do biomédico

Cópia autenticada do histórico escolar

Cópia autenticada de certificado de pós-graduação

Outros documentos (cópias autenticadas do RG, do CPF, do título de eleitor, da certidão de casamento, da certidão de casamento averbada com a separação ou divórcio, etc.)

2. Interessado(a)

Nome

RG

CPF

3. Pessoa autorizada* pelo(a) interessado(a)

Nome

RG

CPF

*Apresentar documento com foto no ato da retirada

_____, ____/____/____
Local e data

Interessado(a)

Assinatura do(a) interessado(a)

O CRBM-6 fica na Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorriho, Curitiba/PR
41 3042-4644