



# Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta 2.454 CJ 1703 - Bigorriho

80730-000 Curitiba-PR

41 3359-9341

## REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE HABILITAÇÃO

<b>INTERESSADO(A)</b>	Nome completo:		Nº de Inscrição:			
	Naturalidade:			Estado:		
	Nacionalidade:	Estado Civil:	Sexo:		Data de Nascimento:	
	Nome do pai:		Nome da mãe:			
	Carteira de identidade (RG):	Data de expedição:	Órgão Expedidor:	CPF:		
	Título de eleitor nº:	Zona:	Seção:	UF:	Certificado de reservista nº:	
	Endereço Completo:		CEP:	Município (UF):		
	Tel. Fixo: ( )	Celular: ( )		E-mail:		

<b>MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> o envio dos meus documentos via correio ao endereço abaixo ( <b>haverá cobrança de taxa de remessa</b> ):				
	Rua, Alameda, Tv., etc.				nº
	Complemento			Bairro	
	Município			UF	CEP
	<input type="checkbox"/> <b>IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS</b>		<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO ENTREGA A TERCEIRO</b>		

<b>HABILITAÇÃO(ÕES) DESEJADA(S)</b>	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Fisiologia)	<input type="checkbox"/> Histotecnologia Clínica	<input type="checkbox"/> Patologia Clínica (Análises Clínicas)
	<input type="checkbox"/> Análise Ambiental	<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Histologia Humana)	<input type="checkbox"/> Imagenologia	<input type="checkbox"/> Perfução Extracorpórea
<input type="checkbox"/> Análises Bromatológicas	<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Patologia)	<input type="checkbox"/> Imunologia	<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Reprodução Humana
<input type="checkbox"/> Auditoria	<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Psicobiologia)	<input type="checkbox"/> Informática de Saúde	<input type="checkbox"/> Sanitarista	<input type="checkbox"/> Saúde Pública
<input type="checkbox"/> Banco de Sangue	<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Virologia)	<input type="checkbox"/> Microbiologia	<input type="checkbox"/> Saúde Pública	<input type="checkbox"/> Toxicologia
<input type="checkbox"/> Biologia Molecular	<input type="checkbox"/> Farmacologia	<input type="checkbox"/> Microbiologia de Alimentos	<input type="checkbox"/> Saúde Pública	<input type="checkbox"/> PICS (Práticas Int. Complem. Saúde)*
<input type="checkbox"/> Biomedicina Estética	<input type="checkbox"/> Genética	<input type="checkbox"/> Monitoramento Neurofisiológico		
<input type="checkbox"/> Bioquímica	<input type="checkbox"/> Hematologia	<input type="checkbox"/> Transoperatório		
<input type="checkbox"/> Citologia Oncótica		<input type="checkbox"/> Parasitologia		
<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Biofísica)		<input type="checkbox"/> Fisiologia do Esporte		
<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Embriologia)		<input type="checkbox"/> Gestão das Tecnologias da Saúde		

### \*ATIVIDADE PICS:

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)

--	--	--