



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua Padre Anchieta, 2.454, CJ 1703 - Bigorriho
80730-000 Curitiba-PR
41 3359-9341

REQUERIMENTO DE PASSAGEM DA HABILITAÇÃO PROVISÓRIA PARA DEFINITIVA

(caso tenha obtido habilitação provisória no CRBM-6 em virtude da demora na obtenção do certificado de pós-graduação)

INTERESSADO(A)	Nome:		Nº de Inscrição no CRBM-6:	
	Rua, Av., Tv., etc.:		Nº:	
	Complemento:		Bairro:	
	Município:		UF:	CEP:
	Fone fixo: ()	Fone celular: ()	E-mail:	

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

***ATIVIDADE PICS:**

Responsabilizando-me pelas informações acima, **REQUEIRO** à Presidência do Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região a passagem da(s) habilitação(ões) provisória(s) para a(s) habilitação(ões) definitiva(s) 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 _____, _____/_____/_____

Assinatura: _____