



## Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

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

### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

- [ ] INSCRIÇÃO DEFINITIVA (COM DIPLOMA)  
[ ] INSCRIÇÃO PROVISÓRIA (SEM DIPLOMA)

Nº DE INSCRIÇÃO (uso do CRBM-6)

INTERESSADO(A)

Nome

Natural de (município)

Estado

Nacionalidade

Estado Civil

Sexo feminino

Sexo masculino

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 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

( )

Graduado(a) pelo(a) (nome da instituição de ensino)

ESTÁGIO

- Acupuntura  
 Biologia Molecular  
 Análise Ambiental  
 Análises Bromatológicas  
 Anatomia  
 Patologia\* (vide instruções)  
 Auditoria  
 Banco de Sangue

- Biofísica  
 Biomedicina Estética  
 Bioquímica  
 Citologia Oncótica  
 Embriologia  
 Farmacologia  
 Fisiologia  
 Fisiologia Geral

- Fisiologia Humana  
 Genética  
 Hematologia  
 Histologia Humana  
 Imunologia  
 Imagenologia  
 Informática de Saúde

- Microbiologia  
 Microbiologia de Alimentos  
 Parasitologia  
 Patologia  
 Patologia Clínica (Análises Clínicas)  
 Perfusão

- Psicobiologia  
 Radiologia  
 Reprodução Humana  
 Sanitarista  
 Saúde Pública  
 Toxicologia  
 Virologia

Responsabilizando-me pelas informações acima, **REQUEIRO** à Presidência do Conselho Regional de Biomedicina – 6ª Região minha inscrição profissional, nos termos da Lei nº 6.684, de 03/07/0979 e Decreto nº 88.439, de 28/06/1983.

Foto 3x4

Polegar direito

Assinatura (não ultrapassar as bordas)

## ENTREGA DOS DOCUMENTOS

(Preencha este formulário, assine-o e anexe-o ao requerimento)

Assinale abaixo como deseja receber de volta o **diploma original** (em caso de inscrição definitiva) e/ou a **cédula de identidade do Biomédico** a ser confeccionada pelo CRBM-6. São 3 opções abaixo. Marque 1(uma) opção apenas.

### Opção 1 - Pessoalmente

Irei pessoalmente ao CRBM-6 retirar o **diploma original** e/ou a **cédula de identidade do Biomédico**. Sei que o CRBM-6 fica na **Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408**, **Bigorriho, Curitiba-PR, CEP 80730-000** e que funciona de 2ª a 6ª, das 8 às 17 horas.

### Opção 2 - Correio

Quero que o **diploma original** e/ou a **cédula de identidade do Biomédico** me seja(m) entregue(s) pelo correio, no endereço abaixo, sem qualquer custo adicional para mim, responsabilizando-me integralmente por seu eventual extravio ou avaria decorrente de sua remessa postal.

#### Endereço para remessa

Rua, Travessa, Alameda, etc.	nº	Complemento	Bairro
Cidade	Estado	CEP	

### Opção 3 - Entrega a Terceiro

Autorizo a pessoa abaixo identificada a retirar para mim na Sede do CRBM-6 o **diploma original** e/ou a **cédula de identidade do Biomédico**. Sei que o CRBM-6 fica na **Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorriho, Curitiba-PR**. Avisarei a pessoa autorizada a levar seu documento de identificação com foto no ato da retirada.

Nome da pessoa autorizada	RG	CPF

Declaro ter lido as instruções referentes ao requerimento de inscrição e estou anexando a ele toda documentação exigida pelo CRBM-1. Estou ciente de que meu pedido não será protocolado se não estiver instruído dos documentos necessários, os quais me serão devolvidos por correio ao endereço residencial apontado no requerimento.

Local	Data

**Digite seu nome, seu nº de inscrição, seu e-mail e o celular com DDD nos campos abaixo.**

Interessado	Nº de inscrição no CRBM-6
E-mail	Celular com DDD

\_\_\_\_\_  
Assinatura do interessado