



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