



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Ancheta 2.454 CJ 1701 a 1703 Bigorrilho
80730-000 Curitiba-PR
41 3359-9341/3149-4644

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	<input type="checkbox"/> Sexo feminino <input type="checkbox"/> 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				
	Rua, Alameda, Tv. nº				
	Complemento		Bairro		
	Município		UF	CEP	
Fone fixo ()	Fone celular ()	E-mail			
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 PROFISSIONAL	<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	<input type="checkbox"/> Genética	<input type="checkbox"/> Microbiologia de Alimentos	<input type="checkbox"/> Radiologia
	<input type="checkbox"/> Análise Ambiental	<input type="checkbox"/> Estética	<input type="checkbox"/> Hematologia	<input type="checkbox"/> Parasitologia	<input type="checkbox"/> Reprodução Humana
	<input type="checkbox"/> Análises Bromatológicas	<input type="checkbox"/> Bioquímica	<input type="checkbox"/> Histologia Humana	<input type="checkbox"/> Patologia	<input type="checkbox"/> Sanitarista
	<input type="checkbox"/> Histotecnologia Clínica	<input type="checkbox"/> Citolgia Oncótica	<input type="checkbox"/> Imunologia	<input type="checkbox"/> Patologia Clínica (Análises Clínicas)	<input type="checkbox"/> Saúde Pública
	<input type="checkbox"/> Auditoria	<input type="checkbox"/> Embriologia	<input type="checkbox"/> Imanogenética	<input type="checkbox"/> Perfusão	<input type="checkbox"/> Toxicologia
	<input type="checkbox"/> Banco de Sangue	<input type="checkbox"/> Farmacologia	<input type="checkbox"/> Informática de Saúde		<input type="checkbox"/> Virologia
	<input type="checkbox"/> Fisiologia	<input type="checkbox"/> Fisiologia Geral			
	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 1701 a 1703 , Bigorrilho, Curitiba-PR, CEP 80730-000** e que funciona de 2^a a 6^a, 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 1701 a 1703 , Bigorrilho, 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