



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta 2.454 CJ 1701 a 1703 Bigorrião
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				
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						
ESTÁGIO	Graduado(a) pelo(a) (nome da instituição de ensino)									
	<input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Biologia Molecular <input type="checkbox"/> Análise Ambiental <input type="checkbox"/> Análises Bromatológicas <input type="checkbox"/> Histotecnologia Clínica <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Banco de Sangue		<input type="checkbox"/> Biofísica <input type="checkbox"/> Biomedicina Estética <input type="checkbox"/> Bioquímica <input type="checkbox"/> Citologia Oncótica <input type="checkbox"/> Embriologia <input type="checkbox"/> Farmacologia <input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Fisiologia Geral		<input type="checkbox"/> Fisiologia Humana <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Hematologia <input type="checkbox"/> Histologia Humana <input type="checkbox"/> Imunologia <input type="checkbox"/> Imagenologia <input type="checkbox"/> Informática de Saúde		<input type="checkbox"/> Microbiologia <input type="checkbox"/> Microbiologia de Alimentos <input type="checkbox"/> Parasitologia <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Patologia Clínica (Análises Clínicas) <input type="checkbox"/> Perfusão		<input type="checkbox"/> Psicobiologia <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"/> 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 1701 a 1703 , Bigorrilho, 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 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