



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

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

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE HABILITAÇÃO

INTERESSADO(A)	Nome:		Nº de Inscrição no CRBM-6:			
	Naturalidade:			Estado:		
	Nacionalidade:		Estado Civil:	Sexo:		Data de Nascimento:
	Nome do pai:			Nome da mãe:		
	RG/RNE:		Data de expedição:	Órgão Expedidor:		CPF:
	Título de eleitor nº:		Zona:	Seção:	UF:	Certificado de reservista nº:
	Rua, Av., Tv., etc.:					Nº:
	Complemento:			Bairro:		
	Município:			UF:	CEP:	
	Fone fixo: ()		Fone celular: ()		E-mail:	

MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/> AUTORIZO o envio dos meus documentos via correio ao endereço abaixo (haverá cobrança de taxa de remessa):					
	Rua, Av., Tv., etc.:					Nº:
	Complemento:			Bairro:		
	Município:			UF:	CEP:	
	<input type="checkbox"/> IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS			<input type="checkbox"/> AUTORIZO ENTREGA A TERCEIRO		
			NOME:		RG:	

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

*ATIVIDADE PICS:

Responsabilizando-me pelas informações acima, **REQUEIRO** à Presidência do Conselho Regional de Biomedicina – 6ª Região a inclusão da(s) habilitação(ões) 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 _____, ____/____/____

Foto 3x4	Polegar direito	Polegar direito (Repetir)	Assinatura (Não ultrapassar as bordas)