

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE HABILITAÇÃO

| | | | | | | |
|----------------|------------------------------|--------------------|--|---------------------|-------------------------------|--|
| INTERESSADO(A) | Nome completo: | | Número da inscrição no CRBM 1ª Região: | | | |
| | Naturalidade: | | | Estado: | | |
| | Nacionalidade: | Estado Civil: | Sexo: | 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 | Endereço: | | | | | nº |
| | Complemento: | | | Bairro: | | |
| | Município: | | | UF: | CEP: | |
| | Fone fixo () | Fone celular () | | E-mail | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--------|-----|----|
| MODO DE ENTREGA/ DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS | () AUTORIZO O ENVIO DOS MEUS DOCUMENTOS VIA CORREIO AO ENDEREÇO ABAIXO: | | | | | |
| | Rua, Alameda, Tv., etc. | | | | | nº |
| | Complemento | | | Bairro | | |
| | Município | | | UF | CEP | |
| () IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS (atendimento com agendamento pelo site) | | | | | | |

| | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|
| HABILITAÇÃO(ÕES) REQUERIDA(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"/> Auditoria | <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Psicobiologia) | <input type="checkbox"/> Informática de Saúde | <input type="checkbox"/> Reprodução Humana |
| | <input type="checkbox"/> Banco de Sangue | <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Virologia) | <input type="checkbox"/> Microbiologia | <input type="checkbox"/> Sanitarista |
| | <input type="checkbox"/> Biologia Molecular | <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Farmacologia) | <input type="checkbox"/> Microbiologia de Alimentos | <input type="checkbox"/> Saúde Pública |
| | <input type="checkbox"/> Biomedicina Estética | <input type="checkbox"/> Genética | <input type="checkbox"/> Monitoramento Neurofisiológico | <input type="checkbox"/> Toxicologia |
| | <input type="checkbox"/> Bioquímica | <input type="checkbox"/> Hematologia | <input type="checkbox"/> Parasitologia | <input type="checkbox"/> PICS* |
| | <input type="checkbox"/> Citologia Oncótica | | <input type="checkbox"/> Fisiologia do Esporte | |
| | <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Biofísica) | | <input type="checkbox"/> Gestão das Tecnologias da saúde | |
| | <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Embriologia) | | | |

*ATIVIDADE PICS:

DECLARO QUE LI E CONFERI OS DADOS ACIMA, QUE SÃO AUTÊNTICOS AOS DOCUMENTOS APRESENTADOS. REQUEIRO ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região minha inscrição profissional, nos termos da Lei nº 6.684, de 03/07/0979 e Decreto nº 88.439, de 28/06/1983.

Local e Data _____, ____/____/____

Assinatura (CANETA PONTA GROSSA, utilizar todo espaço sem ultrapassar as bordas)

| |
|--|
| |
|--|