

Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região
Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci -01523-000 São Paulo - SP - (11) 3347-5555

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					

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"/> 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"/> Transoperatório	<input type="checkbox"/> PICS*
	<input type="checkbox"/> Citologia Oncótica		<input type="checkbox"/> Parasitologia	<input type="checkbox"/> Conselheiro Geneticista
	<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Biofísica)			
	<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)

--