

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

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE HABILITAÇÃO / ATIVIDADE PROFISSIONAL

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		

HABILITAÇÃO(ÕES) REQUERIDA(S)	<input type="checkbox"/> Aconselhamento Genético <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Análise Ambiental <input type="checkbox"/> Análises Bromatológicas <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Banco de Sangue <input type="checkbox"/> Biofotônica <input type="checkbox"/> Bioinformática <input type="checkbox"/> Biologia Molecular <input type="checkbox"/> Biomedicina Estética <input type="checkbox"/> Bioquímica <input type="checkbox"/> Citologia <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Biofísica) <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Embriologia)	<input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Fisiologia) <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Histologia Humana) <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Patologia) <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Psicobiologia) <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa (Virologia) <input type="checkbox"/> Farmacologia <input type="checkbox"/> Fisiologia do Esporte e da Prática do Exercício Físico <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Gerontologia Biomédica <input type="checkbox"/> Gestão das Tecnologias em Saúde <input type="checkbox"/> Hematologia	<input type="checkbox"/> Histotecnologia Clínica <input type="checkbox"/> Imagenologia <input type="checkbox"/> Imunologia <input type="checkbox"/> Microbiologia <input type="checkbox"/> Microbiologia de Alimentos <input type="checkbox"/> Monitoramento Neurofisiológico Transoperatório <input type="checkbox"/> Parasitologia <input type="checkbox"/> Patologia Clínica (Análises Clínicas) <input type="checkbox"/> Perfusão Extracorpórea	<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"/> PICS*	
--------------------------------------	---	---	---	---	--

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)