



## REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA  
2ª REGIÃO

Jurisdição: BA, SE, AL, PE, PB, RN, CE, PI, MA  
Rua Gervásio Pires, 1075 - Soledade  
Recife - PE - CEP 50050-070  
Fone: (81) 3222.3200 / 3221.1245  
www.crbm2.gov.br

### Uso do CRBM2

Prot. N° \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CRBM 2 N° \_\_\_\_\_

Livro \_\_\_\_\_ Folha \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- ( ) NSCRIÇÃO DEFINITIVA - COM DIPLOMA
- ( ) INSCRIÇÃO PROVISÓRIA - SEM DIPLOMA
- ( ) TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO PROFISSIONAL PROVISÓRIO PARA DEFINITIVO - CRBM 2 n.º \_\_\_\_\_
- ( ) REINGRESSO DE REGISTRO - CRBM 2 n.º \_\_\_\_\_
- ( ) PRORROGAÇÃO (RENOVAÇÃO) DE REGISTRO PROVISÓRIO - CRBM 2 \_\_\_\_\_
- ( ) INCLUSÃO DE HABILITAÇÃO - CRBM 2 \_\_\_\_\_

Nome, \_\_\_\_\_,

Nacionalidade \_\_\_\_\_, Natural de \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_,

Nascido(a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_,

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino, CPF \_\_\_\_\_, Filho(a) de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_,

Identidade n.º \_\_\_\_\_, Emitida em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Órgão Emissor \_\_\_\_\_

Título de Eleitor \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_, Seção \_\_\_\_\_,

CTPS n.º \_\_\_\_\_, Série n.º \_\_\_\_\_, Certificado de Reservista n.º \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, C.S.M. \_\_\_\_\_, Série \_\_\_\_\_, **(Exclusivo para sexo masculino)**

**Endereço Residencial: (Rua, Av., Alameda, Trav.etc) \_\_\_\_\_**

n.º \_\_\_\_\_, Apto. \_\_\_\_\_, Bloco \_\_\_\_\_, Quadra \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,

Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Telefone Fixo ( ) \_\_\_\_\_,

Celular ( ) \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_,

Graduado (a) pela \_\_\_\_\_

Conclusão do Curso: 1º Semestre ( ) 2º Semestre ( ) Ano \_\_\_\_\_

Data da Colação de Grau \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Data da Emissão do Diploma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Habilitado (a) em: (assinalar a área do estágio curricular supervisionado - mínimo de 500h por área exceto PICS)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura                              | <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa - Patologia     | <input type="checkbox"/> Microbiologia de Alimentos                           |
| <input type="checkbox"/> Análise Ambiental                       | <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa - Psicobiologia | <input type="checkbox"/> Monitoramento Neurofisiológico <u>Tansoperatório</u> |
| <input type="checkbox"/> Análises <u>Bromatológicas</u>          | <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa - Virologia     | <input type="checkbox"/> Parasitologia  |
| <input type="checkbox"/> Auditoria                               | <input type="checkbox"/> Farmacologia                        | <input type="checkbox"/> Patologia Clínica (Análises Clínicas)                |
| <input type="checkbox"/> Banco de Sangue                         | <input type="checkbox"/> Fisiologia do Esporte               | <input type="checkbox"/> Perfusão Extracorpórea                               |
| <input type="checkbox"/> Biologia Molecular                      | <input type="checkbox"/> Genética                            | <input type="checkbox"/> Práticas Integrativas e Complementares em Saúde      |
|  |  | Atividade: _____  |
| <input type="checkbox"/> Biomedicina Estética                    | <input type="checkbox"/> Gestão das Tecnologias em Saúde     | <input type="checkbox"/> Radioterapia   |
| <input type="checkbox"/> Bioquímica                              | <input type="checkbox"/> Hematologia                         | <input type="checkbox"/> Reprodução Humana                                    |
| <input type="checkbox"/> Citologia Oncótica                      | <input type="checkbox"/> Histotecnologia Clínica             | <input type="checkbox"/> Sanitarista  |
| <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa - Biofísica         | <input type="checkbox"/> Imagenologia                        | <input type="checkbox"/> Saúde Pública  |
| <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa - Embriologia       | <input type="checkbox"/> Imunologia                          | <input type="checkbox"/> Toxicologia  |
| <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa - Fisiologia        | <input type="checkbox"/> Informática da Saúde                |   |
| <input type="checkbox"/> Docência e Pesquisa - Histologia Humana | <input type="checkbox"/> Microbiologia                       |   |

**Endereço Profissional: (Rua Av. Alameda, Trav., etc)** \_\_\_\_\_

n.º \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,

Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,

Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Telefone ( ) \_\_\_\_\_,

Razão Social da Empresa \_\_\_\_\_

Para tanto faz juntada dos documentos necessários e responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Aviso - os procedimentos abaixo são obrigatórios**

Polegar Direito

Colar Foto 3x4

Assinatura do requerente dentro do quadro abaixo

