



Nº da inscrição no CRBM-1

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE HABILITAÇÃO COM BASE EM (vide verso):**

(Res. CFBM nº 169, de 16/1/2009, modificada pela Res. CFBM nº 174, de 14/6/2009)

TÍTULO DE ESPECIALISTA<sup>1</sup>, conforme documento anexo  PÓS-GRADUAÇÃO<sup>2</sup>, conforme documento anexo

Requeiro, nos termos da, a inclusão de habilitação na (s) especialidade (s) abaixo assinalada (s):

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patologia Clínica<br>(Análises Clínicas) | <input type="checkbox"/> Fisiologia<br>( ) Fisiologia Geral     | <input type="checkbox"/> Histologia Humana<br>( ) Patologia | <input type="checkbox"/> Farmacologia<br>( ) Psicobiologia |
| <input type="checkbox"/> Biofísica                                | <input type="checkbox"/> Fisiologia Humana                      | <input type="checkbox"/> Citologia Oncótica                 | <input type="checkbox"/> Informática de Saúde              |
| <input type="checkbox"/> Parasitologia                            | <input type="checkbox"/> Saúde Pública                          | <input type="checkbox"/> Análise Ambiental                  | <input type="checkbox"/> Perfusão                          |
| <input type="checkbox"/> Microbiologia                            | <input type="checkbox"/> Radiologia                             | <input type="checkbox"/> Acupuntura                         | <input type="checkbox"/> Toxicologia                       |
| <input type="checkbox"/> Imunologia                               | <input type="checkbox"/> Imagenologia (excluindo interpretação) | <input type="checkbox"/> Genética                           | <input type="checkbox"/> Sanitarista                       |
| <input type="checkbox"/> Hematologia                              | <input type="checkbox"/> Análises Bromatológicas                | <input type="checkbox"/> Embriologia                        | <input type="checkbox"/> Anatomia Patológica               |
| <input type="checkbox"/> Bioquímica                               | <input type="checkbox"/> Microbiologia de Alimentos             | <input type="checkbox"/> Reprodução Humana                  | <input type="checkbox"/> Auditoria                         |
| <input type="checkbox"/> Banco de Sangue                          |   | <input type="checkbox"/> Biologia Molecular                 | <input type="checkbox"/> Biomedicina Estética              |
| <input type="checkbox"/> Virologia                                |   |   |  |

Para fins de anotação da habilitação, estou anexando:

- Carteira Profissional de Biomédico<sup>3</sup>  
 Cédula de Identidade do Biomédico<sup>4</sup>

**Nome Completo**

**Endereço Residencial (Rua, Av. Tv., etc.)**

Nº	Comp.	Bairro
----	-------	--------

Cidade	UF
--------	----

Tel. Res. com DDD	Tel Cel. com DDD	E-mail
-------------------	------------------	--------

**Endereço Profissional (Rua, Av. Tv., etc.)**

Nº
----

Compl.	Bairro	Cidade	UF
--------	--------	--------	----

CEP	Tel Com	E-mail
-----	---------	--------

Nome do estabelecimento

**QUAL ENDEREÇO DESEJA CADASTRAR PARA CORRESPONDÊNCIAS?**

endereço residencial indicado neste requerimento;  endereço profissional indicado neste requerimento;  este endereço (escrever endereço completo, inclusive CEP): \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO DE REMESSA DE DOCUMENTOS PELO CORREIO. Não preencher se preferir retirá-los pessoalmente no CRBM-1**

Eu, \_\_\_\_\_, CRBM/1 nº \_\_\_\_\_, autorizo o CRBM 1ª Região a remeter ao endereço acima indicado  Carteira Profissional do Biomédico  Cédula de Identidade do Biomédico;  Original do certificado (*lato sensu*) ou diploma (*stricto sensu*) de pós-graduação;  Original do certificado de título de especialista (obtido pela ABBM ou reconhecido por ela)

Outros documentos: \_\_\_\_\_

**Local e data** \_\_\_\_\_

Polegar Direito	Foto 3x4	Assinar sem ultrapassar as bordas
-----------------	----------	-----------------------------------

---

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

-Colocar o nº de inscrição no CRBM-1

-Assinalar a habilitação que deseja incluir

Todos os campos referentes a endereço residencial e profissional, bem como a telefones fixos e celulares são de preenchimento obrigatório.

-Colocar a impressão digital (tinta preta), colar a foto e assinar (com tinta preta), tomando o cuidado para não ultrapassar o campo

-Anexar ao requerimento cópias autenticadas de um dos seguintes documentos:

<sup>1</sup>certificado de 'Título de Especialista' na área obtido ou reconhecido por meio da Associação Brasileira de Biomedicina – ABBM;

<sup>2</sup>diploma (*stricto sensu*) ou certificado (*lato sensu*) de conclusão de curso de pós-graduação na área. Na impossibilidade, poderá ser apresentada cópia autenticada de declaração de conclusão de curso emitida pela instituição de ensino;

-Apresentar carteira profissional do biomédico (verde de folhas tipografadas)<sup>3</sup> ou a <sup>4</sup>cédula de identidade do biomédico (novo modelo confeccionado em PVC)

-Recolher a taxa de inclusão da habilitação

O endereço do CRBM-1 para atendimento pessoal ou por correspondência é:

Av. Lacerda Franco, 1.073, Cambuci  
01536-000 São Paulo-SP