



Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região  
Av. Lacerda Franco, 1.073, Cambuci  
01536-000 São Paulo-SP  
11 3347-5555

## REQUERIMENTO DE REINGRESSO DE PESSOA JURÍDICA (Assinale 'X' nos campos 1 e 2, conforme o caso)

<b>PESSOA JURÍDICA</b>	<b>1.</b>	<input type="checkbox"/> direito privado <input type="checkbox"/> direito público <input type="checkbox"/> natureza filantrópica	<b>2.</b>	<input type="checkbox"/> matriz <input type="checkbox"/> filial (CNPJ próprio) <input type="checkbox"/> posto de coleta (CNPJ igual ao da matriz)
	Denominação Social			
	Nome fantasia		CNPJ	
	Rua, Av. Tv., etc.			Nº
	Complemento		Bairro	
	Cidade		Estado	CEP
	Fone ( )		e-mail	
	<b>ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA</b> (para cadastro em mala direta: remessa de documentos, revistas, informativos, etc.)			
	Rua, Av. Tv., etc.			Nº
	Complemento		Bairro	
Cidade		Estado	CEP	
Caixa Postal		e-mail		
<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>RESPONSÁVEL TÉCNICO</b>			
	Nome		Nº no CRBM/1	
	Fone Cel. ( )		e-mail	
	<b>RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO (SE HOUVER)</b>			
	Nome		Nº no CRBM/1	
	<b>OUTROS BIOMÉDICOS/TECNÓLOGOS EM ATIVIDADE (SE HOUVER)</b>			
Nome		Nº no CRBM/1		
Nome		Nº no CRBM/1		
<b>SÓCIO(A) ADMINISTRADOR(A)</b>	Nome			
	Endereço Residencial			Nº
	Complemento		Bairro	
	Cidade		Estado	CEP
	Celular ( )		e-mail	

Responsabilizando-nos pelas informações prestadas, **REQUEREMOS** ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região o reingresso da inscrição do estabelecimento e a assunção da responsabilidade técnica, nos termos da Lei nº 6.684, de 3/09/79 e Decreto nº 88.439, de 28/06/83.

Local e data

Assinatura do Responsável Legal  
com firma reconhecida

Assinatura do Responsável Técnico  
com firma reconhecida

Assinatura do Responsável Técnico  
Substituto (se houver) com firma  
reconhecida

## ROL DAS ATIVIDADES DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Este formulário é apenas um modelo. O rol (descritivo ou lista) deverá preferencialmente ser elaborado em papel timbrado do estabelecimento.

Nome do responsável técnico(a): .....

Nº de inscrição no Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região: .....

Habilitação(ões) do RT: .....

.....

**\*O(A) RT deve possuir habilitação compatível com o objeto social do estabelecimento.**

Nome do estabelecimento onde o RT desenvolve as atividades: .....

.....

Endereço de localização do estabelecimento

(Rua, Av. Tv., etc.) .....

nº....., complemento....., bairro.....

....., cidade....., Estado.....

Descritivo das atividades:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., ...../...../201.....

.....

.....

Assinatura do responsável legal

.....

Assinatura do responsável técnico