



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

**REQUERIMENTO DE
SUSPENSÃO DE
INSCRIÇÃO**

Nome Completo				Nº de inscrição no CRBM-1	
Natural de (município)				Estado	
Nacionalidade	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Sexo feminino <input type="checkbox"/> Sexo masculino	Data de Nascimento / /		
Nome do pai		Nome da mãe			
Carteira de identidade (RG)	Data de expedição / /	Orgão Expedidor	CPF	Título de eleitor nº	

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua, Alameda, Tv.				nº	
Complemento		Bairro			
Município		UF	CEP		
Fone fixo ()	Fone celular ()	E-mail			

ENDEREÇO COMERCIAL

Nome do estabelecimento					
Rua, Alameda, Tv., etc.				nº	
Complemento		Bairro			
Município		UF	CEP		
Fone comercial ()	E-mail				

Declaro, para os devidos fins de direito, que não estou exercendo qualquer atividade relacionada à área que envolva atribuições profissionais do biomédico, conforme previsto na Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983 e resoluções do Conselho Federal de Biomedicina-CFBM.

Estou ciente de que, nos termos da Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983 e do Código de Ética da Profissão de Biomédico, consubstanciado na Resolução nº 198, de 21 de fevereiro de 2011 do CFBM, o biomédico que estiver exercendo a biomedicina sem possuir inscrição no CRBM correspondente à sua área de atuação poderá responder a processo ético-profissional e sofrer medidas punitivas na esfera administrativa e penal, por infração disciplinar e exercício ilegal da profissão, respectivamente.

Estou ciente também de que a omissão em documento público de declaração que dele devia constar ou nele inserir ou a inserção de declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante caracteriza o crime de falsidade ideológica tipificado no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, punível com reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa.

Responsabilizando-me por essas informações, **REQUEIRO** ao Presidente do CRBM -1 a suspensão de minha inscrição, nos termos da Resolução CFBM nº 115, de 25 de novembro de 2005, por não estar exercendo a profissão de biomédico.

-----,-----/-----/-----
Local e data

Assinatura do interessado
com **firma reconhecida**



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

**DECLARAÇÃO DE
EXTRAVIO DE
DOCUMENTO(S)**

Este formulário deverá ser anexado ao requerimento de suspensão, devidamente preenchido e assinado, **somente se o requerente não possuir mais o(s) documento(s) de identificação profissional.**

1. Interessado

Nome					
RG		CPF			
Logradouro (residencial)				n°	
Complemento		Bairro			
Cidade		Estado		CEP	
E-mail		Celular	()		

2. Documento(s) extraviado(s). Assinale o quadradinho correspondente abaixo

- Carteira Profissional do Biomédico (cor verde de folhas tipografadas para anotações)
 Cédula de Identidade Profissional (plastificada – modelo antigo)
 Cédula de Identidade Profissional (em PVC – modelo novo)

Declaro para os fins de direito e sob as penas da lei que estou impossibilitado(a) de apresentar o(s) documento(s) assinalado(s) no quadro nº 2, por ter(em) sido extraviado(s), desde logo comprometendo-me, na hipótese de recuperá-lo(s), a fazer a entrega a esse Conselho.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

_____, _____/_____/20_____.
Local e data

Assinatura do interessado
com **firma reconhecida**