

# REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURIDICA CRBM1

Digite as informações solicitadas, imprima o requerimento, assinhe e reconheça firma, envie ao CRBM1 junto com os documentos exigidos. (Vide instruções no site)

## DADOS DA EMPRESA:

NOME: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_ EMPRESA PRIVADA ( ) EMPRESA PÚBLICA

EMPRESA: MATRIZ ( ) FILIAL ( ) POSTO DE COLETA ( )

E-MAIL DE CONTATO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: ( ) - \_\_\_\_\_

## LOCALIZAÇÃO DA PESSOA JURIDICA:

(Rua, Av,...etc) \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

## ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA:

(Rua, Av,...etc) \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

## DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO:

NOME: \_\_\_\_\_ Nº da inscrição: \_\_\_\_\_

HABILITAÇÕES: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

## DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO:

NOME: \_\_\_\_\_ Nº da inscrição: \_\_\_\_\_

HABILITAÇÕES: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

## DADOS DO SOCIO ADMINISTRADOR:

NOME: \_\_\_\_\_ Nº da inscrição: \_\_\_\_\_

HABILITAÇÕES: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

Responsabilizando-nos pelas informações, requeremos ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região a inscrição da pessoa jurídica e a assunção da responsabilidade técnica, nos termos da Lei nº 6.684, de 03/09/1979 e Decreto nº 88.439, de 28/06/1983.

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: \_\_\_\_\_

**É necessário reconhecer firma das assinaturas**

## 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: .....

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

## ROL DAS ATIVIDADES DO RESPONSÁVEL TÉCNICO EM BIOMEDICINA ESTÉTICA

**OBS: Este formulário é destinado a utilização das empresas com atividade em BIOMEDICINA ESTÉTICA.**

Este formulário é apenas um modelo direcionado às empresas com atividades na área de Biomedicina Estética. 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: .....

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

Endereço de localização do estabelecimento

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

nº ....., Complemento ....., Bairro .....,

Município ....., Estado .....

Rol de atividades regulamentado pelo Conselho Federal de Biomedicina ao profissional biomédico habilitado em biomedicina estética (Normativa 01/2012, 03, 04 e 05/2015, do CFBM):

Descrição do Procedimento	Realiza		Rúbrica do(a) RT
		Não Realiza	
Eletroterapia, sonoforese (Ultrassom Estético), iontoforese, radiofrequência estética.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laserterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luz Intensa Pulsada e LED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peelings químicos e mecânicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cosmetologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Carboxiterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intradermoterapia (Enzimas e Toxina Botulínica).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preenchimentos semipermanentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mesoterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimento Estético Injetável para Microvasos (PEIM).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimentos utilizando-se de fios de sustentação tecidual para fins estéticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aplicação de substâncias por via intramuscular, incluindo Toxina Botulínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

O CRBM 1ª Região concederá o Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT), sendo que o(a)s Responsável(is) Legal(is) e Técnico(a)s assume(m) conhecer a legislação de cumpri-la integralmente, inclusive em suas futuras atualizações, observando as boas práticas referentes às atividades assinaladas, respondendo civil e criminalmente pelo não cumprimento de tais exigências. Assume(m) também inteira responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas para o exercício das atividades relacionadas.

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico

## MODO DE ENTREGA / DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

1- Assinale os documentos

- Certificado de Responsabilidade Técnica
- Originais da alteração contratual / Estatutária vistas
- Cópias autenticadas da alteração contratual / estatutária vistas
- outros documentos

2- Como deseja receber os documentos:

Desejo receber a documentação pelo correio, no endereço abaixo indicado e desta forma me responsabilizo integralmente por eventual extravio ou avaria decorrente da remessa postal dos documentos

**ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA:**

(Rua, Av,...etc) \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ compl: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

- Irei pessoalmente retirar a documentação na sede do Conselho Regional de Biomedicina 1ª Região
- Autorizo o portador abaixo identificado a retirar os documentos na sede do CRBM 1

**DADOS DO PORTADOR:**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do interessado