

Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região
Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci
CEP 01523-000 São Paulo - SP 11 3347-5555

**REQUERIMENTO DE BAIXA DE
RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

RT titular

RT substituto

1. RESPONSÁVEL TÉCNICO (A) – RT

Nome		Nº de inscrição no CRBM-1	
Habilitação (ões)			
Endereço residencial (Rua, Tv., Alam., etc.)			nº
Complemento		Bairro	
Cidade		UF	CEP
Fone fixo ()	Fone celular ()	E-mail	

2. PESSOA JURÍDICA

Nome do estabelecimento			
CNPJ nº		Nº de inscrição no CRBM-1	
Rua, Alameda, Tv., etc.			nº
Complemento		Bairro	
Município		UF	CEP
Fone comercial ()	E-mail		

3. MOTIVO DA BAIXA

- O profissional não é mais responsável técnico (a), mas permanece na empresa
- Rescisão de contrato de trabalho/prestação de serviços
- Encerramento das atividades da empresa
- Outro motivo: _____

4. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Se a baixa estiver sendo requerida pelo **sócio administrador**, anexar ao requerimento **cópia simples da rescisão do contrato de trabalho /prestação de serviços ou documento/declaração que comprove a baixa da responsabilidade técnica**, constando a assinatura do responsável técnico.

Responsabilizando-me pelas informações, requeiro ao Presidente do CRB M-1 o cancelamento da responsabilidade técnica do profissional informado no **quadro nº 1** junto ao estabelecimento informado no **quadro nº 2**.

Local e data _____ / _____ / _____

Apresentar o requerimento devidamente preenchido e assinado ao CRBM-1, por correio ou pessoalmente. O CRBM-1 fica na **Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, São Paulo - SP, CEP 01523-000**. Atendimento presencial de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas.

Nome e assinatura (Sócio da empresa ou Responsável Técnico)