

# Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região

Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, CEP 01523-000 São Paulo - SP11 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(A) <input type="checkbox"/> BIOMÉDICO(A) <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO(A)</b>			
	Nome		Nº no CRBm/1	
	Fone Cel. ( )		e-mail	
	<b>RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) SUBSTITUTO(A) <input type="checkbox"/> BIOMÉDICO(A) <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO(A)</b>			
	Nome		Nº no CRBm/1	
	<b>OUTROS BIOMÉDICOS/TECNÓLOGOS EM ATIVIDADE</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(a) Responsável Legal  
com firma reconhecida

Assinatura do Responsável Técnico(a)  
com firma reconhecida

# TIMBRE

## ROL DAS ATIVIDADES DO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)

Nome do responsável técnico(a): .....

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

Habilitação(ões)\*: .....

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

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

.....

Endereço (Rua, Av. Tv., etc.) .....,

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

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

Descritivo das atividades: (Sugestões):

Realizar .....

Desempenhar.....

Executar....

Praticar...

Operacionalizar...

Coordenar....

Supervisionar....

Planejar....

Controlar....

Avaliar.....

Analisar...

Etc.,.

...../...../201.....

.....  
Nome e assinatura do(a) responsável legal  
(conforme documento de constituição da PJ)

.....  
Nome e assinatura do(a) responsável técnico(a)

# Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região

Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, CEP 01523-000 São Paulo - SP11 3347-5555

## MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTO(S)

### 1. Documento. Assinale o(s) quadradinho(s) correspondente(s)

Certificado de Responsabilidade Técnica

Original (is) do contrato social / estatuto

Outros documentos

### 2. Como deseja receber o(s) documento(s)? Assinale a opção abaixo

Correio (Informe o endereço completo no quadro nº 3 abaixo)

Irei pessoalmente ao CRBM-1 (Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, São Paulo-SP, CEP 01523-000, de 2ª a 6ª, das 8 às 17 horas)

Autorizarei alguém a retirá-lo (s) na Sede do CRBm-1 (modelo de autorização na página 3)

### 3. Endereço para remessa (Preencher somente se tiver optado pelo correio)

Logradouro		nº	
Complemento		Bairro	
Cidade		UF	
		CEP	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Interessado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) interessado(a)

# Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região

Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, CEP 01523-000 São Paulo - SP11 3347-5555

## AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE DOCUMENTO(S) A TERCEIRO

### 1. Documento. Assinale um X no(s) quadradinho(s) correspondente(s)

Certificado de Responsabilidade Técnica

Original (is) do contrato social/estatuto

Outros documentos

### 2. Interessado (a)

Nome

RG

CPF

### 3. Pessoa autorizada\* pelo (a) interessado(a)

Nome

RG

CPF

\*Apresentar documento com foto no ato da retirada

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Interessado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) interessado(a)

O CRBm-1 fica na Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, São Paulo/SP

11 3347-5555