

# REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PESSOA FÍSICA CRBM1 (PROFISSIONAL LIBERAL)

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

Pedido Inicial

Renovação

## DADOS DO(A) PROFISSIONAL BIOMÉDICO(A):

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

HABILITAÇÕES: \_\_\_\_\_

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

## DADOS DO LOCAL DE ATUAÇÃO:

NOME / RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CÓDIGO CNAE: \_\_\_\_\_

( ) ESTABELECIMENTO PRÓPRIO / SALA COMERCIAL ( ) PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À PESSOA FÍSICA

( ) PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À PESSOA JURÍDICA – SE SIM PREENCHER CNPJ: \_\_\_\_\_

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

ENDEREÇO COMERCIAL: \_\_\_\_\_

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

DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

Responsabilizando-me pelas informações, requeiro ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região a Certidão de Responsabilidade Técnica de Biomédico(a) Profissional Liberal nos Termos da Resolução nº 319/20 do CFBM.

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

BIOMÉDICO(A): \_\_\_\_\_

**Obs.: Como a certidão tem validade até o último dia do ano vigente, caso o profissional mantenha a prestação de serviço como Profissional Liberal, deverá solicitar a renovação da certidão, presencialmente mediante agendamento, ou via Correios.**

**Caso não mantenha mais o serviço, deverá solicitar a baixa do registro de Profissional Liberal junto ao CRBM1, mediante solicitação por escrito, que poderá ser encaminhada para o e-mail [crbm1@crbm1.gov.br](mailto:crbm1@crbm1.gov.br)**

**É necessário reconhecer firma da assinatura**

## ROL DAS ATIVIDADES DO(A) PROFISSIONAL BIOMÉDICO(A)

Este formulário é apenas um modelo. O rol (descritivo ou lista) deverá ser elaborado com identificação do(a) profissional para cada estabelecimento onde realizará atendimento.

Nome do(a) biomédico(a): .....

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

Habilitação(ões) : .....

Nome do estabelecimento onde o(a) Biomédico(a) desenvolve as atividades: .....

Endereço de localização do estabelecimento

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

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

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

Descritivo das atividades:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

....., ...../...../20.....

.....

Assinatura do(a) Biomédico(a)

## ROL DAS ATIVIDADES DO(A) PROFISSIONAL BIOMÉDICO(A) COM ATIVIDADE LIBERAL EM BIOMEDICINA ESTÉTICA

**OBS: Este formulário é destinado a utilização dos(as) profissionais com atividade em BIOMEDICINA ESTÉTICA.**

Este formulário é apenas um modelo direcionado a Biomédicos com atividade liberal na área de Biomedicina Estética. O rol (descritivo ou lista) deverá preferencialmente ser elaborado com identificação do(a) profissional para cada estabelecimento onde realizará atendimento.

Nome do(a) Profissional: .....

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

Habilitação(ões): .....

Nome do estabelecimento onde o(a) Biomédico(a) desenvolve as atividades: .....

Endereço de localização do local de prestação de serviços

(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) Biomédico(a)
		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 a Certidão de Responsabilidade Técnica ao Profissional Liberal, sendo que o(a) Biomédico(a) assume conhecer a legislação e 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(a) Biomédico(a)

## MODO DE ENTREGA / DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

1- Assinale os documentos

Certidão de Responsabilidade Técnica - Pessoa Física

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