

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 OU ALUGADO / SALA COMERCIAL () PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À PESSOA FÍSICA

() PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À PESSOA JURÍDICA - SE SIM PREENCHER CNPJ: _____

() A EMPRESA JÁ POSSUI OUTRO RESPONSÁVEL TÉCNICO? () SIM () NÃO – SE SIM, É BIOMÉDICO? () SIM () NÃO

(SE O RT É DE OUTRO CONSELHO, ANEXAR AO REQUERIMENTO A CERTIDÃO DE REGULARIDADE)

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

É necessário reconhecer firma da assinatura

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

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)

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)

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