

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)

PESSOA JURÍDICA	1.	☐ direito privado ☐ direito público ☐ natureza filantrópica	2.	☐ matriz ☐ filial (CNPJ próprio) ☐ 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		
	ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA (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		
	PROFISSIONAIS	RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) ☐ BIOMÉDICO(A) ☐ TECNÓLOGO(A)			
		Nome		Nº no CRBm/1	
Fone Cel. ()		e-mail			
RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) SUBSTITUTO(A) ☐ BIOMÉDICO(A) ☐ TECNÓLOGO(A)					
Nome		Nº no CRBm/1			
OUTROS BIOMÉDICOS/TECNÓLOGOS EM ATIVIDADE					
Nome		Nº no CRBm/1			
Nome		Nº no CRBm/1			
SÓCIO(A) ADMINISTRADOR(A)	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)

ROL DAS ATIVIDADES DO RESPONSÁVEL TÉCNICO EM BIOMEDICINA ESTÉTICA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL E DO ESTABELECIMENTO

- Nome do(a) Responsável Técnico(a): _____
- N° de inscrição no CRBM ____ Região: _____
- Habilitação(ões) do(a) RT: _____
- Nome do estabelecimento onde o(a) RT desenvolve as atividades: _____
- Endereço do estabelecimento: _____
N°: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Município: _____ Estado: _____

2. BASE LEGAL E ROL DE ATIVIDADES

Rol de atividades regulamentado pelo Conselho Federal de Biomedicina ao profissional biomédico habilitado em Biomedicina Estética (Resoluções nºs. 197/2011, 200/2011, 307/2019, 347/2022, 348/2022, 359/2023, 363/2023 e 423/2026) e (Normativas nº 001/2012, 003/2015, 004/2015 e 005/2015):

Descrição do Procedimento	Realiza	Não Realiza	Rubrica do(a) RT
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.	()	()	
Tricologia Estética.	()	()	
Visagismo.	()	()	
Procedimentos com agregados plaquetários autólogos e suas frações (PRP).	()	()	

3. TERMO DE RESPONSABILIDADE

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 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) Responsável Legal

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)