

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PESSOA FÍSICA CRBM6 (PROFISSIONAL LIBERAL)

Digite as informações solicitadas, imprima o requerimento, assine e reconheça firma, envie ao CRBM6 junto com os documentos exigidos. (Vide instruções no site)

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, requero ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 6ª 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): _____

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 – 6ª 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 – 6ª 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	Não Realiza	Rúbrica do(a) Biomédico(a)
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 6ª 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 6ª Região

Autorizo o portador abaixo identificado a retirar os documentos na sede do CRBM 6 DADOS DO PORTADOR:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura do interessado