



CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 6ª REGIÃO
LEI Nº 6.684, DE 03/09/1979
DECRETO Nº 88.439, DE 28/06/1973
Rua. Padre Anchieta 2.454 CJ 408 – Bigorrihlo
80730-000 Curitiba-PR

REQUERIMENTO DE CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Digite as informações solicitadas. Imprimir o requerimento assine-o e apresente ao CRBM-6. Veja as instruções.

Solicito ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região – a emissão do **Certificado de Responsabilidade Técnica – CRT** do estabelecimento

Nome da PJ

CNPJ

Nome da pessoa responsável pela solicitação do CRT

Departamento/Setor

E-MAIL DE CONTATO

FONE DE CONTATO COM DDD

Como deseja receber o CRT? Assinale uma das três opções abaixo.

Opção A

Desejo receber a certidão por correio, no endereço abaixo. Assinalando esta opção, responsabilizo-me integralmente por eventual extravio ou avaria decorrente da remessa portal do documento.

Endereço para remessa

Logradouro	<input type="text"/>	nº	<input type="text"/>
Complemento	<input type="text"/>	Bairro	<input type="text"/>
Cidade	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>
		CEP	<input type="text"/>

Opção B

Irei pessoalmente ao CRBM-6 retirar a Certidão (Rua. Padre Anchieta, 2454 CJ 408, Bigorrihlo, Curitiba – PR, CEP 80730-000, DE 2ª a 6ª, das 8 às 17 horas).

Opção C

Autorizo a pessoa abaixo identificada a retirar a Certidão na Sede do CRBM-6. Orientarei a pessoa autoriza a levar um documento com foto no ato da retirada.

Nome completo da pessoa autorizada

RG da pessoa autorizada

CPF da pessoa autorizada

Local e data

Assinatura da responsável pela solicitação