



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta 2.454 CJ 408 - Bigorriho
80730-000 Curitiba-PR
41 3042-4644

REQUERIMENTO DE REINGRESSO DE PESSOA JURÍDICA (Assinale 'X' nos campos 1 e 2, conforme o caso)

PESSOA JURÍDICA	1.	<input type="checkbox"/> direito privado <input type="checkbox"/> direito público <input type="checkbox"/> natureza filantrópica	2.	<input type="checkbox"/> matriz <input type="checkbox"/> filial (CNPJ próprio) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> BIOMÉDICO(A) <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO(A)			
	Nome		Nº no CRBM/6	
	Fone Cel. ()		e-mail	
	RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) SUBSTITUTO(A) <input type="checkbox"/> BIOMÉDICO(A) <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO(A)			
	Nome		Nº no CRBM/6	
	OUTROS BIOMÉDICOS/TECNÓLOGOS EM ATIVIDADE			
Nome		Nº no CRBM/6		
Nome		Nº no CRBM/6		
SÓCIO(A) ADMINISTRADOR(A)	Nome			
	Endereço Residencial			Nº
	Complemento		Bairro	
	Cidade		Estado	CEP
	Celular ()		e-mail	
<p>Responsabilizando-nos pelas informações prestadas, REQUEREMOS à Presidência do Conselho Regional de Biomedicina – 6ª 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.</p> <p style="text-align: center;">_____/_____/_____ <i>Local e data</i></p> <p>_____ Assinatura do(a) Responsável Legal com firma reconhecida</p> <p>_____ Assinatura do Responsável Técnico(a) com firma reconhecida</p>				

**DESCREVA O ROL DAS ATIVIDADES DO RESPONSÁVEL
TÉCNICO EM UM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA.**

ROL DAS ATIVIDADES DO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)

Nome do responsável técnico(a):

Nº de inscrição no Conselho Regional de Biomedicina – 6ª 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)



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta 2.454 CJ 408 - Bigorriho
80730-000 Curitiba-PR
41 3042-4644

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-6 (Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorriho, Curitiba-PR, CEP 80730-000, de 2ª a 6ª, das 8 às 17 horas)

Autorizarei alguém a retirá-lo(s) na Sede do CRBM-6 (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)



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua. Padre Anchieta 2.454 CJ 408 - Bigorilho
80730-000 Curitiba-PR
41 3042-4644

AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE DOCUMENTO(S) A TERCEIRO

1. Documento. Assinale um X no(s) quadradinho(s) correspondente(s)

Certificado de Responsabilidade Técnica

Original(is) do contrato social/estatuto

Outros documentos

2. Interessado(a)

Nome

RG

CPF

3. Pessoa autorizada* pelo(a) interessado(a)

Nome

RG

CPF

*Apresentar documento com foto no ato da retirada

Local e data

Interessado(a)

Assinatura do(a) interessado(a)

O CRBM-6 fica na Rua. Padre Anchieta, 2.454 CJ 408, Bigorilho, Curitiba/PR
41 3042-4644