



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua Padre Anchieta, 2.454, CJ 1703 - Bigorilho
80730-000 Curitiba-PR
41 3359-9341

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO 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:

Nº da inscrição no CRBM-6:

Nome fantasia:

CNPJ:

Rua, Av., Tv., etc.:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Fone: ()

E-mail:

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Rua, Av., Tv., etc.:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

PROFISSIONAIS

RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) () BIOMÉDICO(A) () TECNÓLOGO(A)

Nome:

Nº da inscrição no CRBM-6:

Fone: ()

E-mail:

RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) SUBSTITUTO(A) () BIOMÉDICO(A) () TECNÓLOGO(A)

Nome:

Nº da inscrição no CRBM-6:

Fone: ()

E-mail:

SÓCIO(A)
ADMINISTRADOR(A)

Nome:

Endereço residencial:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Fone: ()

E-mail:

Responsabilizando-nos pelas informações prestadas, requeremos a Presidência do Conselho Regional de Biomedicina – 6ª Região a 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(a) Responsável Técnico(a)
com firma reconhecida

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

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

Nome do(a) 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.....

- Realizar
- Desempenhar....
- Executar....
- Praticar...
- Operacionalizar...
- Coordenar....
- Supervisionar....
- Planejar....
- Controlar....
- Avaliar....
- Analisar...
- Etc.,.

...../...../202.....

.....
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 1703 - Bigorriho

80730-000 Curitiba-PR

41 3359-9341

DEVOLUÇÃO DOS DOCUMENTOS

1. Assinale os documentos

- Certificado de Responsabilidade Técnica
- Originais da alteração contratual / Estatutária vistas
- Cópias autenticadas da alteração contratual / Estatutária vistas
- Outros documentos

2. Como deseja receber os documentos

Irei pessoalmente retirar a documentação

Desejo receber a documentação pelo correio, no endereço abaixo indicado (**haverá cobrança de taxa de remessa**). E desta forma me responsabilizo integralmente por eventual extravio ou avaria decorrente da remessa postal dos documentos.

ENDEREÇO PARA REMESSA	Rua, Alameda, Tv., etc.:		Nº:	
	Complemento:	Bairro:		
	Município:	UF:	CEP:	

Autorizo a pessoa abaixo identificada a retirar a documentação. ***É necessária a apresentação de documento de identificação com foto no momento da retirada.**

Nome:

RG/RNE:

CPF:

Declaro estar ciente das instruções e assumo a responsabilidade das informações acima prestadas

Interessado(a):

E-mail:

Fone:

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do(a) Interessado(a)