

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)

ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PESSOA FÍSICA (PROFISSIONAL LIBERAL)

RENOVAÇÃO DE CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PESSOA FÍSICA (PROFISSIONAL LIBERAL)

DADOS DO(A) PROFISSIONAL BIOMÉDICO(A):

NOME: _____ Nº da inscrição: _____

HABILITAÇÕES: _____

E-MAIL: _____ TELEFONE: () _____

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, REQUEIRO à Presidência 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)

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 - Especificar:

2- Como deseja receber os documentos:

() 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 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

DADOS DO PORTADOR:

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura do(a) Interessado(a)