

REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RT LIBERAL

www.crbm3.gov.br

Ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina 3ª Região, o profissional:

Nome do Profissional / Empresa:		CPF/CNPJ:	
Nome Fantasia:		Nº do Cadastro Municipal:	
Endereço de prestação de serviço:			
		Bairro:	
CEP:	Município:		UF:
Fone + DDD:		E-mail:	

Vem através deste, nos termos da lei 6.839/1979 e resolução 319/2020, requerer:

Baixa de RT Liberal (marcar as opções desejadas):

<input type="checkbox"/>	Em local próprio ou alugado	<input type="checkbox"/>	Em local estabelecido com RT	<input type="checkbox"/>	PGRSS
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	-------

Do Responsável Técnico:

Nome:		CRBM-3:	
Endereço do biomédico:			
CEP:		Bairro:	
Município:		UF:	
Fone + DDD:		E-mail:	
Descrição das atividades/procedimentos que foram realizados no local:			

Declaramos que as informações prestadas bem como os documentos enviados ao CRBM-3 são verdadeiros e que estamos cientes das penalidades cíveis e administrativas bem como do art. 299 do Código Penal em caso de falsidade dos itens acima citados.

Ciente em _____, de _____ de 20_____

Assinatura do biomédico(a) - Responsável Técnico

Assinatura do Sócio Administrador

(somente para PF liberal em local estabelecido com Responsável técnico)