



**REQUERIMENTO DE
CERTIDÃO NEGATIVA DE
DÉBITO NO CRBM 2ª REGIÃO**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 2ª REGIÃO Jurisdição: BA,
SE, AL, PE, PB, RN, CE, PI, MA
Rua Gervásio Pires, 1075 - Soledade - Recife - PE - CEP 50050-070
Fone: (81) 3222.3200 / 3221.1245 - Fax: (81) 3221.1080
www.crbm2.gov.br

Natureza da Atividade da Empresa:

- () Laboratório de Análises Clínicas: () Matriz () Filial () Posto de Coleta
() Laboratório de Citologia
() Empresa de Representação Comercial
() Outros

Razão Social da Empresa: _____

Nome de Fantasia: _____

CNPJ n.º _____ Telefone () _____

Endereço: _____

n.º _____, Complemento _____,

Bairro _____, Cidade _____,

Estado _____, CEP _____, Fax n.º () _____,

E-mail _____

registrada no CRBM 2ª Região sob o n.º _____ livro _____ folhas _____

**Responsabilizando-nos pelas informações, requeremos ao presidente do CRBM 2ª Região a
Certidão Negativa de Débito da empresa supra citada.**

_____, _____ de _____ de _____

Nome do(a) Sócio(a) Administrador(a) _____

CPF _____

Assinatura do(a) Sócio(a) Administrador(a)