



**REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE  
RESPONSABILIDADE TÉCNICA PESSOA  
FÍSICA PROFISSIONAL LIBERAL – RESOLUÇÃO  
319/2020 DO CFBM DE MAIS HABILITAÇÕES**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 2ª REGIÃO  
Jurisdição: BA, SE, AL, PE, PB, RN, CE, PI, MA  
Rua Gervásio Pires, 1074 - Soledade - Recife - PE - CEP 50050-070  
Fone: (81) 3222.3200 / 3221.1245 - Fax: (81) 3221.1080  
www.crbm2.gov.br

Uso do CRBM 2

Prot.n.º \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CRBM 2 n.º \_\_\_\_\_

- ( ) ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PESSOA FÍSICA – PROFISSIONAL LIBERAL  
( ) RENOVAÇÃO DE CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – PROFISSIONAL LIBERAL

**1. DADOS DO PROFISSIONAL BIOMÉDICO**

Nome: \_\_\_\_\_

Número de Registro (Inscrição) no CRBM-2 \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_,

Apto \_\_\_\_\_, Bloco \_\_\_\_\_, Quadra \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade

\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Telefone Fixo ( ) \_\_\_\_\_,

Celular ( ) \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Habilitação(ões) do Biomédico responsável Técnico: \_\_\_\_\_

**2. DADOS DO LOCAL DE ATUAÇÃO**

( ) Estabelecimento Próprio / Sala Comercial

( ) Estabelecimento Alugado / Sala Comercial

( ) Prestação de Serviços à Pessoa Jurídica – CNPJ n. \_\_\_\_\_

Nome ou Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome de Fantasia ou Comercial: \_\_\_\_\_

Código CNAE: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: (Rua Av. Alameda, Trav., etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,

Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,

Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Telefone ( ) \_\_\_\_\_,

E-mail: \_\_\_\_\_,

Dias e Horários de Atendimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

O CRBM2 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 cumprimento de tais exigências. Para tanto faz juntada dos documentos necessários e assume(m) também inteira responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas para o exercício das atividades relacionadas.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(cidade) (data) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Interessado(a)

**(É necessário reconhecer firma da assinatura)**

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_