

**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE RT**

www.crbm3.gov.br

Ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina 3ª Região, a pessoa jurídica:

Razão Social:	
Nome Fantasia:	CNPJ:
Endereço:	
CEP:	Bairro:
Município:	UF:
Fone + DDD:	Fone + DDD:
E-mail 1:	E-mail 2:
Atividade Econômica:	Capital Social:

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

Inclusão em ____/____/20____	Baixa em ____/____/20____
------------------------------	---------------------------

Na modalidade:

<input type="checkbox"/> Definitivo	<input type="checkbox"/> Substituto	<input type="checkbox"/> PF Liberal	<input type="checkbox"/> PGRSS
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Do Responsável Técnico:

Nome:	CRBM-3:
Endereço:	
CEP:	Bairro:
Município:	UF:
Fone + DDD:	Fone + DDD:
E-mail 1:	E-mail 2:
Descrição das atividades:	

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. A baixa de RT não suspende o registro da empresa. Outro RT deve ser incluído ou protocolado requerimento de suspensão da empresa no CRBM-3.

Ciente em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sócio Administrador