

REQUERIMENTO

Ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina 3 Região, eu

Nome			
RNE/CPF		Naturalidade (município onde nasceu)	
RG	Orgão Expedidor / UF		Data da expedição
Endereço			
			Bairro
CEP	Município		UF
E-mail			Telefone + DDD

1. Venho através deste, nos termos do Dec. n 88.439 e Lei n 6.642, requerer (APENAS UMA OPÇÃO):

<input type="checkbox"/>	Registro provisório (SEM DIPLOMA – EXCETO para Técnicos e NÃO tem cartão profissional)
<input type="checkbox"/>	Registro Definitivo (com cartão profissional)
<input type="checkbox"/>	Alteração de provisório para definitivo (com cartão profissional)
<input type="checkbox"/>	Reativação de Registro (Reingresso)
<input type="checkbox"/>	Cartão profissional (1ª ou 2ª Via)

2. O cartão profissional SERÁ: (Registro provisório não precisa marcar, pois não tem cartão profissional)

<input type="checkbox"/>	Enviado pelos correios
<input type="checkbox"/>	Retirado pessoalmente na unidade do CRBM-3 mais próxima (marque o local na lista abaixo): Autorizo a pessoa com o CPF: _____ a retirar o cartão na unidade selecionada.

<input type="checkbox"/>	Goiânia - GO	<input type="checkbox"/>	Palmas - TO	<input type="checkbox"/>	Belo Horizonte - MG	<input type="checkbox"/>	Uberaba - MG
<input type="checkbox"/>	Brasília - DF	<input type="checkbox"/>	Cuiabá - MT	<input type="checkbox"/>	Montes Claros - MG	<input type="checkbox"/>	Divinópolis - MG

Declaro que as informações prestadas bem como todos os documentos enviados ao CRBM-3 são verdadeiros. Estou ciente das penalidades da lei bem como do Art. 299 do Código Penal.

Local e data _____, de _____ de _____

Assinatura por extenso ou conforme documento pessoal.

Assinaturas

(Use Caneta Preta de ponta grossa. Respeite a área definida para evitar o corte da assinatura.)

COLETA DE DADOS PARA CONFEÇÃO DO CARTÃO PROFISSIONAL

(Registro provisório não precisa preencher, pois não tem cartão profissional).

FOTO 3 x 4	
(Fundo branco)	

(Repetir no espaço abaixo.)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA REGISTRO DE PESSOA FÍSICA**3. Preencher os campos abaixo caso possua algum vínculo empregatício no momento (OBRIGATÓRIO):**

(Obs: Se não houver, deixe em branco).

Nome da Empresa:		Nº CRBM-3 (se houver):	
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Endereço:			
		Bairro:	
CEP:	Município:		UF:
Fone + DDD:		E-mail:	
Tipo de Vínculo (marcar a opção correspondente):			
		Responsável Técnico ()	Funcionário ()

Nome da Empresa:		Nº CRBM-3 (se houver):	
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Endereço:			
		Bairro:	
CEP:	Município:		UF:
Fone + DDD:		E-mail:	
Tipo de Vínculo (marcar a opção correspondente):			
		Responsável Técnico ()	Funcionário ()

4. () Declaro que não possuo vínculo empregatício no momento.

IMPORTANTE: "Conforme Art. 4º, XV e Art. 36 da Resolução nº 330, de 05 de novembro de 2020, é obrigatório que o profissional informe, pelos canais competentes ao CRBM, todos os vínculos profissionais, com dados completos da empresa (razão social, nome dos sócios, CNPJ, endereço, horário de funcionamento e, se possuir, informar a responsabilidade técnica), manter atualizado o endereço residencial, telefones e e-mail, sendo aplicável à biomédicos, técnicos e tecnólogos."

Declaro que as informações prestadas bem como todos os documentos enviados ao CRBM-3 são verdadeiros. Estou ciente das penalidades da lei bem como do Art. 299 do Código Penal.

Local e data _____, de _____ de _____

Assinatura por extenso ou conforme documento pessoal.