

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 (1^a ou 2^a Via) |

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

Enviado pelos correios			
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
CONFECÇÃO DO
CARTÃO
PROFISSIONAL**

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



(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 (<input type="checkbox"/>) Funcionário (<input type="checkbox"/>)		

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 (<input type="checkbox"/>) Funcionário (<input type="checkbox"/>)		

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.