



CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 3ª REGIÃO
LEI Nº 6.684, DE 03/09/79 DECRETO Nº 88.439 DE 28/06/83
JURISDIÇÃO: MG – DF – MT – TO – GO (SEDE)
CNPJ: 26.619.841/0001-75

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO/SUSPENSÃO DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA

☐ **Suspensão do Registro**

☐ **Cancelamento do Registro**

A pessoa jurídica, _____, inscrita no CRBM 3ª Região sob o nº _____

CNPJ sob o nº _____ . Situada à _____

Nº _____, Complemento _____

Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP: _____

Telefone fixo (_____) _____ Telefone Celular (_____) _____

E-mail _____

Por meio do seu representante legal declara, para os devidos fins de direito, que a pessoa jurídica não exerce qualquer atividade relacionada à área da biomedicina, bem como não irá exercer por motivo de

☐ **Inscrição em Outro Conselho**

☐ **Baixa no CNPJ**

☐ **Outros:**

Endereço para recebimento de correspondência e dados do responsável legal

Rua/Avenida: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP _____ Telefone do Responsável Legal: (____) _____

E-mail do Responsável Legal: _____

A documentação deverá ser enviada para a unidade de atendimento mais próxima. Consulte nosso site e verifique quais unidades de atendimento estão disponíveis.



CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 3ª REGIÃO
LEI Nº 6.684, DE 03/09/79 DECRETO Nº 88.439 DE 28/06/83
JURISDIÇÃO: MG – DF – MT – TO – GO (SEDE)
CNPJ: 26.619.841/0001-75

☐ Declaro que minha situação está regular perante a tesouraria deste Conselho.

☐ Existe Débito(s):

“Em conformidade com o artigo 13º da Resolução nº. 115/2005 - CFBM, Declaro que estou inadimplente perante o Conselho e, por isso, venho pela presente, reconhecer o(s) débito(s) com o Conselho Regional de Biomedicina 3ª Região, relativamente à(s) anuidade(s):”

_____.

Assim sendo, assumindo total responsabilidade pela veracidade da presente declaração, estou solicitando o(a) cancelamento/suspensão do registro junto ao CRBM - 3ª Região e, neste ato, entrego:

☐ Cópia do Distrato Social registrado em Cartório de Pessoa Jurídica

☐ Comprovante de Baixa no CNPJ

☐ Comprovante de Baixa no Cadastro da Prefeitura

☐ Cópia do comprovante de Inscrição em Outro Conselho.

☐ Declaro, para os devidos fins legais e jurídicos, que não possuo os documentos que embasam o pedido.

Declaro, ainda, que estou ciente de que, em caso de falsidade das declarações, me sujeito às sanções do Código Penal Brasileiro e da legislação vigente.

Assinatura dos sócios:

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

“Resolução Nº 115 - CFBM, Art. 10º: A pessoa física com sua inscrição cancelada e/ou suspensa, assim como a pessoa jurídica com seu registro cancelado e/ou suspenso, que exercerem quaisquer atividades inerentes à profissão de Biomédico, deverão pagar todas as anuidades corrigidas, referentes ao período em que exerceram irregularmente a profissão, com o acréscimo de uma multa equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor devido, ficando sujeito às sanções previstas pelo exercício ilegal da profissão.”

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável legal

A documentação deverá ser enviada para a unidade de atendimento mais próxima. Consulte nosso site e verifique quais unidades de atendimento estão disponíveis.