



**REQUERIMENTO
PARA ALTERAÇÃO DE
RESPONSABILIDADE TÉCNICA**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 2ª REGIÃO
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
www.crbm2.gov.br

1) EMPRESA

Razão Social _____

Nome Comercial (Fantasia) _____

Atividade (Objeto) Comercial: _____

CNPJ n.º _____ Telefone () _____

Endereço: _____

n.º _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ E-mail: _____

Registrada (inscrita) no CRBM2 sob o n.º _____ / _____ - J, Livro n.º _____ Folhas n.º _____

2) RESPONSÁVEL TÉCNICO ATUAL

Nome _____

Nº CRBM2 _____

Motivo da troca de RT _____

3) NOVO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)

Dr.(a): _____

CRBM2 n.º _____ Habilitação: _____

Telefone () _____ E-mail: _____

Expediente de Trabalho do(a) Responsável Técnico(a):

Período _____

(Dias da semana trabalhados)

Horário de Expediente: _____

(Ex. 08:00 às 18:00 horas)

Data do Início do Contrato: _____ / _____ / _____

Responsável Técnico(a) Titular () Responsável Técnico(a) Substituto(a) ()

Proprietário(a) () Sócio(a) () Funcionário(a) () Prestador(a) de Serviço ()

4) ASSINALE A OPÇÃO ABAIXO INFORMANDO COMO RECEBER O CRT:

OPÇÃO A () – Correios: se responsabilizando integralmente pelo eventual extravio do referido documento ou por qualquer tipo de avaria (amasso, orelha ou rasgo), que apresente em face a sua remessa pelos correios. **Taxa de Remessa R\$ 35,00 + Taxa do Certificado R\$ 106,00**

OPÇÃO B () – Irei pessoalmente na sede do CRBM2

OPÇÃO C () – Por e-mail

OPÇÃO D () – Autorizarei alguém a retirar para mim na sede do CRTBM2: Preencher os dados abaixo da pessoa autorizada a retirar o CRT na Sede do CRBM2:

Nome da pessoa autorizada _____,

Identidade nº _____, Emitida em ____ / ____ / _____, Órgão Emissor _____ CPF

n.º _____. Apresentar documento com foto no ato da retirada.

Declaramos que as informações prestadas são verdadeiras e que estamos cientes das penalidades cíveis e administrativas bem como do Art. 299º do Código Penal em caso de falsidade das informações citadas neste documento.

_____, _____ de _____ de _____
Local Data Mês Ano

Nome Legível do(a) Proprietário(a) ou Sócio(a) Administrador(a)

Número do CPF

Assinatura do(a) Proprietário(a) ou Sócio(a) Administrador(a)

Nome Legível do(a) Responsável Técnico(a)

Número do CPF

Assinatura do(a) Responsável Técnico(a)