



**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)