



**REQUERIMENTO DE
EMIÇÃO DO CERTIFICADO DE
RESPONSABILIDADE TÉCNICA NO CRBM 2ª
REGIÃO - EMPRESA PÚBLICA**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 2ª REGIÃO Jurisdição: BA,
SE, AL, PE, PB, RN, CE, PI, MA
Rua Gervásio Pires, 1075 - Soledade - Recife - PE - CEP 50050-070
Fone: (81) 3222.3200 / 3221.1245 - Fax: (81) 3221.1080
www.crbm2.gov.br

Natureza da Atividade da Empresa:

() Laboratório de Análises Clínicas: () Matriz () Filial () Posto de Coleta
() Laboratório de Citologia

A Secretaria Municipal de Saúde de _____,

situada a _____, n.º _____,

Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____,

Estado _____, CEP _____, Telefone () _____,

e-mail _____,

CNPJ n.º _____, nomeando o(a) biomédico (a) Dr.(a) _____,

_____ CRBM 2 n.º _____,

como responsável técnico(a) pelo laboratório (razão social) _____

_____, CNPJ n.º _____,

situada a _____, n.º _____,

Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____,

Estado _____, CEP _____, Telefone () _____,

e-mail _____,

pertencente a este município, requer a emissão do Certificado de Responsabilidade Técnica TITULAR ()
ou SUBSTITUTO () do referido laboratório para o exercício profissional do ano de _____.

_____, _____ de _____ de _____.

Secretário de Saúde: _____

Assinatura

NOME: _____

CPF: _____ / RG: _____

Responsável Técnico: _____

Assinatura

CPF: _____ / RG _____