



## FICHA CADASTRAL DA EMPRESA

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 / 32 21.1245 - Fax: (81) 3221.1080  
www.crbm2.gov.br

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Capital Social: R\$ \_\_\_\_\_

Natureza da Atividade: \_\_\_\_\_

Registro na Junta Comercial: \_\_\_\_\_

Registro na Vigilância Sanitária: \_\_\_\_\_

### DADOS DOS SÓCIOS

#### 1º (primeiro)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emitente: \_\_\_\_\_

**2º (segundo)**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular:( ) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emitente: \_\_\_\_\_

**3º(terceiro)**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular:( ) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emitente: \_\_\_\_\_

**4º (quarto)**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular:( ) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emitente: \_\_\_\_\_

## BIOMÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome: \_\_\_\_\_

CRBM N° \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_

É Responsável por mais de uma firma? SIM ( )  NÃO ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## OUTROS BIOMÉDICOS EM ATIVIDADE NA EMPRESA

Nome: \_\_\_\_\_ CRBM N.º \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Responsável pelas informações:

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF n.º \_\_\_\_\_

RG n.º \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura