



CANCELAMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL



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
www.crbm2.gov.br

Eu, _____
registrado(a) no CRBM 2ª Região sob o n.º _____, nacionalidade _____,
natural de _____, UF _____, estado civil _____,
RG n.º _____, Órgão Emissor _____, Data de Nascimento ____/____/____,
CPF n.º _____, residente à _____
n.º _____, apto _____, bloco _____, bairro _____, estado _____,
cidade _____ CEP _____, Fone () _____,
e-mail _____

Declaro, para os devidos fins de direito, que não estou exercendo qualquer atividade relacionada à área que envolva atribuições profissionais do biomédico, conforme previsto na Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983 e Resoluções do Conselho Federal de Biomedicina.

Estou ciente de que, nos termos da Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983 e do Código de Ética da Profissão de Biomédico, consubstanciado na Resolução nº 198, de 21 de fevereiro de 2011 do CFBM, o biomédico que estiver exercendo a biomedicina sem possuir inscrição no CRBM correspondente à sua área de atuação poderá responder a processo ético-profissional e sofrer medidas punitivas na esfera administrativa e penal, por infração disciplinar e exercício ilegal da profissão, respectivamente.

Estou ciente também de que a omissão em documento público de declaração que dele devia constar ou nele inserir ou a inserção de declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante caracteriza o crime de falsidade ideológica tipificado no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, punível com reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa.

Responsabilizando-me por essas informações, **REQUEIRO** ao Presidente do CRBM 2ª Região o cancelamento de meu registro profissional, nos termos da Resolução CFBM nº 115, de 25 de novembro de 2005, por não estar exercendo a profissão de biomédico.

Neste ato, entrego a Carteira de Identificação Profissional () e a Cédula de Identidade Profissional () ou o Cartão Plástico de Identidade Profissional.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura com firma reconhecida