

**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE P.J.**

www.crbm3.gov.br

Ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina 3ª Região, a pessoa jurídica:

Razão Social:	
Nome Fantasia:	CNPJ:
Endereço:	
CEP:	Bairro:
Município:	UF:
Fone: (    )	Fone: (    )
E-mail 1:	E-mail 2:
Atividade Econômica (CNAE):	Capital Social:

Vem através deste, nos termos da lei 6.839/1980, requerer a inscrição de:

<input type="checkbox"/>	Matriz Pública	<input type="checkbox"/>	Matriz Particular	<input type="checkbox"/>	Matriz Filantrópica ou S/ Fins Lucrativos
<input type="checkbox"/>	Filial Pública	<input type="checkbox"/>	Filial Particular	<input type="checkbox"/>	Filial Filantrópica ou S/ Fins Lucrativos
<input type="checkbox"/>	Posto de Coleta Pública	<input type="checkbox"/>	Posto de Coleta Particular	<input type="checkbox"/>	Posto de Coleta Filantrópico ou S/ Fins Lucrativos

Sob a Responsabilidade Técnica de:

Nome:	CRBM-3:
Endereço:	
CEP:	Bairro:
Município:	UF:
Fone + DDD:	Fone + DDD:
E-mail 1:	E-mail 2:
Procedimentos realizados no local:	

Declaramos que as informações prestadas bem como os documentos enviados ao CRBM-3 são verdadeiros e que estamos cientes das penalidades cíveis e administrativas bem como do art. 299 do Código Penal em caso de falsidade dos itens acima citados.

**Local e data:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sócio Administrador