

**REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RT LIBERAL**

www.crbm3.gov.br

Ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina 3ª Região, o profissional:

Nome do Profissional / Empresa:		CPF/CNPJ:
Nome Fantasia:	Nº do Cadastro Municipal:	
Endereço de prestação de serviço:		
		Bairro:
CEP:	Município:	UF:
Fone + DDD:	E-mail:	

Vem através deste, nos termos da lei 6.839/1980 e resolução 319/2020, requerer:

Baixa de RT Liberal (marcar as opções desejadas):

<input type="checkbox"/>	Em local próprio ou alugado	<input type="checkbox"/>	Em local estabelecido com RT	<input type="checkbox"/>	PGRSS
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	-------

Do Responsável Técnico:

Nome:		CRBM-3:
Endereço do biomédico:		
CEP:	Bairro:	
Município:	UF:	
Fone + DDD:	E-mail:	
Descrição das atividades/procedimentos que foram 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.

Ciente em \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do biomédico(a) - Responsável Técnico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sócio Administrador

(somente para PF liberal em local estabelecido com Responsável técnico)