



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO  
CRBM - 5

Jurisdição: Rio Grande do Sul e Santa Catarina

CNPJ 13738204/0001-76

REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO DE PESSOA FÍSICA

Dados Pessoais

Nome		Nº do CRBM -5	
Naturalidade		Estado	
Estado Civil	Sexo ( ) F ( ) M	Data de Nascimento	
Nome do Pai		Nome da Mãe	
RG	CPF	Título de Eleitor	

Endereço Residencial

Endereço		Cidade
UF	CEP	Fone com DDD
E-mail		

Endereço Profissional

Nome do Estabelecimento		
Endereço		Cidade
UF	CEP	Fone com DDD

Motivo da suspensão:

Declaro, para os devidos fins de direito, que não estou exercendo qualquer atividade relacionada á área que envolva atribuições profissionais do Biomédico, conforme previsto na Lei nº 6.684/79 e Decreto 88.439/83 e resoluções do CFBM.

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 - 5 a suspensão de minha inscrição, nos termos da Resolução CFBM nº 115, de 25 de novembro de 2005, por não estar exercendo a profissão de biomédico.

Local e data

Assinatura do interessado  
(com firma reconhecida)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO**  
**CRBM - 5**

Jurisdição: Rio Grande do Sul e Santa Catarina  
CNPJ 13738204/0001-76

**DECLARAÇÃO DE EXTRAVIO DE DOCUMENTOS**

Nome		Nº do CRBM -5
Naturalidade		Estado
Estado Civil	Sexo ( ) F ( ) M	Data de Nascimento
Endereço		Cidade
UF	CEP	Fone com DDD
E-mail		

**DOCUMENTO (S) EXTRAVIADO (S). ASSINALE O (S) QUADRADINHO (S) CORRESPONDENTE.**

<input type="checkbox"/>	Carteira profissional modelo verde
<input type="checkbox"/>	Cédula de Identidade Profissional (modelo papel plastificado)
<input type="checkbox"/>	Cédula de Identidade Profissional (modelo cartão termoplástico)

**Declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da lei que estou impossibilitado (a) de apresentar o (s) documento (s) assinalado (s) acima por ter (em) sido extraviado (s), desde logo comprometendo-me a entregá-lo (s) ao CRBM -5 caso venha a recuperá-lo (s).**

**Por ser expressão da verdade, firmo a presente.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do interessado**  
**(COM FIRMA RECONHECIDA)**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO**  
**CRBM - 5**

Jurisdição: Rio Grande do Sul e Santa Catarina

CNPJ 13738204/0001-76

**RECONHECIMENTO DE DÍVIDA E SOLICITAÇÃO DE PARCELAMENTO**

**Dados Pessoais**

Nome		Nº do CRBM -5
Naturalidade		Estado
Estado Civil	Sexo ( ) F ( ) M	Data de Nascimento
Nome do Pai		Nome da Mãe
RG	CPF	Título de Eleitor

**Endereço Residencial**

Endereço		Cidade
UF	CEP	Fone com DDD

E-mail

Reconheço o (s) débito (s) junto ao CRBM -5 , cujo valor total refere-se a:

( ) Anuidade (s) do (s) ano (s) de : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

( ) Multa eleitoral

Na oportunidade, solicito o parcelamento do montante atualizado da dívida em \_\_\_\_\_ (escreva o nº de parcelas) parcelas com o primeiro vencimento para o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( escreva a data do 1º vencimento).

Estou ciente de que fico obrigado(a) a pagar as prestações nas datas de seus vencimentos, sob pena de vencimento antecipado da dívida e de sofrer ação executiva. Declaro também estar ciente que o valor será acrescido de juros e multas conforme determinações do CFBM.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do interessado**  
**(COM FIRMA RECONHECIDA)**