



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA DA 4ª REGIÃO – CRBio-04
MG | GO | TO | DF

REQUERIMENTO DE **RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE REGISTRO POR MAIS 12 MESES**

Ao Presidente do Conselho Regional de Biologia - 4a Região:

Eu, (nome completo): _____

Número de registro: _____

Endereço atual: Rua/Avenida: _____

Número: _____ Apto: _____ Demais complementos: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Telefone: (____) _____

Solicito, fundamentado na Resolução CFBio nº. 707/2024, artigo 17:

(x) Renovação da Licença do meu registro profissional por mais 12 meses (facultado uma única vez).

MOTIVO: _____

(Deverá ser claramente especificado)

Declaro que NÃO desenvolvo as seguintes atividades:

I – formulação e elaboração de estudo, projeto ou pesquisa científica básica e aplicada, nos vários setores da Biologia ou a ela ligados, bem como os que se relacionem à preservação, saneamento e melhoramento do meio ambiente, executando direta ou indiretamente as atividades resultantes desses trabalhos.

II – orientação, direção, assessoramento e/ou prestação de consultoria a empresas, fundações, sociedades e associações de classe, entidades autárquicas, privadas ou do Poder Público.

III – realização de perícias, emissão e assinatura de laudos técnicos e pareceres.

IV – Ocupação de cargo/função de nível superior, independente do nome do cargo/função, com atribuições correlatas às áreas de atuação do Biólogo (Resolução CFBio nº 700/2024).

V – Pesquisa vinculada a programas de pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado).

Declaro estar ciente de que o pedido de renovação de licença será submetido à Plenária, conforme Resolução CFBio nº.707/2024, artigo 21, § 1º, para avaliação.

Declaro ainda estar ciente de que, em razão da Renovação da Licença do registro, se exercer qualquer atividade inerente à profissão de Biólogo(a), serei devidamente denunciado(a) às autoridades públicas competentes e que posso, a qualquer tempo, através de requerimento por escrito, solicitar a reativação do registro.

Nestes termos, peço deferimento.

Local/Data: _____, ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

SEDE

Rua Antônio de Albuquerque, 788 - Savassi – Belo Horizonte/MG CEP 30112-011
www.crbio04.gov.br | crbio04@crbio04.gov.br