



FORMULÁRIO PARA DENÚNCIA

(FAVOR PREENCHER EM LETRA DE FORMA)

NOME DO(A) DENUNCIANTE:	
RG:	CPF:
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CEP:
CIDADE:	ESTADO:
TELEFONE P/ CONTATO:	CELULAR:
NOME DO(A) PACIENTE:	
RG:	CPF:
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CEP:
CIDADE:	ESTADO:
TELEFONE P/ CONTATO:	CELULAR:
GRAU DE PARENTESCO COM O(A) PACIENTE:	
LOCAL DO ATENDIMENTO (Hospital/Clínica/Consultório, etc.):	
DATA DO ATENDIMENTO:	
MÉDICO(S) DENUNCIADO(S):	
CIDADE ONDE OCORRERAM OS FATOS:	

(FAVOR NÃO ESCREVER NO VERSO)

DATA: _____ / _____ / _____



CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Preencher em Letra de Forma (Favor não escrever no verso)

RELATO DOS FATOS

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

Rua Guadalajara, 175, Morro do Gato – Barra, CEP: 40.140-460, Salvador – BA

Tel: 71 3339-2800 / Fax: 71 3245-5751 cremeb@cremeb.org.br / www.cremeb.org.br