CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

FORMULÁRIO PARA DENÚNCIA

(FAVOR PREENCHER EM LETRA DE FORMA)

NOME DO(A) DENUNCIANTE:	
RG:	**CPF:**
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	**CEP:**
CIDADE:	**ESTADO:**
TELEFONE P/ CONTATO:	**CELULAR:**
E-MAIL:	
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:_____/_____/_____

AVISO DE PRIVACIDADE: O **CREMEB** zela pela segurança e privacidade de seus dados pessoais, em conformidade com a **LGPD**. Os dados aqui coletados serão utilizados única e exclusivamente para a condução de sua denúncia, tratados com confidencialidade. Conheça a nossa Política de Privacidade aqui https://bit.ly/Privacidade_CREMEB ou entre em contato com nosso Encarregado de Proteção de dados através do email encarregadolgpd@cremeb.org.br

CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

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

RELATO DOS FATOS

Data:_____/_____/_____

Assinatura: _____