



Ilma. Sra. Presidente do CREFITO-12

REQUERIMENTO PARA DENÚNCIA

Denunciante: _____

CPF: _____ Email: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____ Cidade: _____ Estado: _____

Nome(s) completo do(s) envolvido(s) e profissão:

Local onde atua o denunciado (clínica, consultório, hospital etc):

Endereço onde atua o denunciado:

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: () _____

Outros dados (características físicas, datas e horários das atividades):



HISTÓRICO DOS FATOS: (detalhar ao máximo as informações dos fatos: dia da semana, horário da ocorrência, envolvidos, testemunhas, se houver, dentre outros):

DADOS COMPLEMENTARES: (fotos, material publicitário, relatos de testemunhas, documentos comprobatórios, outros) – anexar no email.

Lembrando que sua denúncia pode ser anônima.

Documentos anexos:

_____ Local e data

_____ Assinatura do Denunciante

RG: _____

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PARA USO DO CREFITO-12 | Visto do funcionário | PROTOCOLO CREFITO-12 |
| Para uso do CREFITO-12 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Data: ____ / ____ / ____ | |