



FORMULÁRIO DE DENÚNCIA INADIMPLEMENTO REMUNERATÓRIO MÉDICO

Resolução CFM nº 2.462/2026, Resolução CRM-PR nº 256/2026 e Instrução Normativa CRM-PR nº 105/2026

Sua denúncia pode ser encaminhada ao e-mail cotf@crmpr.org.br, entregue pessoalmente no CRM-PR, em uma de suas Representações Regionais, ou ainda encaminhada via correio.

ORIENTAÇÕES

Este formulário destina-se exclusivamente à comunicação de inadimplemento remuneratório praticado por pessoas jurídicas que prestem, organizem, contratem, intermediem ou administrem assistência médica.

O preenchimento completo do formulário agiliza a análise preliminar e a autuação do procedimento administrativo.

É necessário que o denunciante indique e junte a este formulário, essencialmente, documentos que demonstrem a relação jurídica, a prestação dos serviços, os honorários inadimplidos (competência, valor e vencimento) e demais elementos que subsidiem a apuração dos fatos.

Caso os documentos apresentados sejam insuficientes para identificação do fato, o CRM-PR poderá solicitar complementação documental.

1. ORIGEM DA COMUNICAÇÃO

- ☐ Médico
- ☐ Pessoa Jurídica Médica
- ☐ Diretor Técnico
- ☐ Diretor Clínico
- ☐ Entidade Médica
- ☐ Órgão Público
- ☐ Outro

2. IDENTIFICAÇÃO DO DENUNCIANTE / COMUNICANTE

Nome:

CRM (quando houver):

CPF/CNPJ:

Telefone:

E-mail:

Endereço completo:

3. PESSOA JURÍDICA DENUNCIADA

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

CRM-PJ (se possuir):

Endereço:

Município:

Telefone:

E-mail:

4. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:

CRM:

☐ Não sei informar.

5. LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- ☐ Hospital
- ☐ Clínica
- ☐ UPA
- ☐ Pronto Atendimento
- ☐ Consultório

() Outro

Nome do estabelecimento:

Município:

UF:

6. MÉDICOS AFETADOS

() Apenas o denunciante

() Outros médicos também foram atingidos.

Quantidade aproximada:

Caso possível, informar:

Nome | CRM | Valor devido

7. NATUREZA DA CONTRAPRESTAÇÃO INADIMPLIDA

() Honorários médicos

() Plantões

() Sobreavisos

() Produção médica

() Salários

() Contrato de prestação de serviços médicos

() Outra:

8. PERÍODO DO INADIMPLEMENTO

Mês	Valor devido (R\$)	Saldo pendente (R\$)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
	TOTAL	R\$ _____

Competência inicial: ____/____

Competência final: ____/____

Data de vencimento da obrigação: ____/____

O inadimplemento permanece?

() Sim

() Não

Houve pagamento parcial?

() Sim

() Não

9. VALOR ESTIMADO

Valor aproximado devido ao denunciante:

R\$

Valor global estimado:

R\$

10. DESCRIÇÃO DOS FATOS

(Relatar objetivamente os fatos, indicando como ocorreu o inadimplemento, quantos médicos foram atingidos, se houve tentativa de cobrança, acordos ou justificativas apresentadas.)

11. PROVIDÊNCIAS JÁ ADOTADAS

- () Cobrança administrativa
() Notificação extrajudicial
() Ação judicial
() Denúncia ao sindicato
() Nenhuma

Outras:

12. DOCUMENTOS ANEXADOS

(Relacione aqui os documentos que irá entregar junto com a denúncia. Caso a denúncia seja enviada por e-mail, este formulário, devidamente assinado, assim como os anexos, devem ser digitalizados e enviados para cotf@crmpr.org.br. Em caso de entrega pessoalmente na sede ou Representação Regional do CRM-PR, é necessário incluir as cópias impressas.)

- ☐ Contrato de prestação de serviços
☐ Termo aditivo
☐ Escalas médicas
☐ Notas fiscais
☐ Comprovantes de prestação dos serviços
☐ Comprovantes bancários
☐ Planilha de valores
☐ Comprovantes de cobrança
☐ Notificação extrajudicial
☐ Conversas eletrônicas
☐ E-mails
☐ Mensagens de WhatsApp
☐ Acordos firmados
☐ Outros: _____
-

13. DECLARAÇÃO:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que os documentos anexados correspondem aos fatos narrados. Estou ciente de que o CRM-PR poderá solicitar documentação complementar para adequada identificação dos fatos e regular instrução do procedimento administrativo.

Local e data:

Assinatura eletrônica do comunicante.

(Após assinado, este formulário poderá ser digitalizado e enviado para o e-mail cotf@crmpr.org.br ou entregue pessoalmente na sede ou Representação Regional do CRM-PR com os documentos comprobatórios)