



## FORMULÁRIO DE DENÚNCIA

**Segundo o Artigo 14 do Código de Processo Ético Profissional, para que a denúncia seja recebida, é necessário:**

- Anexar cópia de **DOCUMENTO COM FOTO** e com assinatura semelhante à da denúncia;
- Anexar cópia de **COMPROVANTE DE ENDEREÇO**;
- Quando o paciente não pode assinar a denúncia, anexar comprovante de parentesco com o paciente, ou procuração;
- **ASSINAR AO FINAL** - não serão aceitas denúncias anônimas;

Sua denúncia pode ser encaminhada ao e-mail [protocolo@crmpr.org.br](mailto:protocolo@crmpr.org.br), entregue pessoalmente no CRM-PR ou em uma de suas representações regionais ou ainda encaminhada via correio.

---

**NOME DO DENUNCIANTE:**

**GRAU DE PARENTESCO COM O PACIENTE:**

**RG/UF:**

**CPF:**

**TELEFONE(S) PARA CONTATO: (     )     )**

**ENDEREÇO COMPLETO (rua, número, bairro, cidade, estado e CEP):**

**E-MAIL:**

**NOME DO PACIENTE:**

**RG/UF:**

**CPF:**

**TELEFONE(S) PARA CONTATO: (     )     )**

**ENDEREÇO COMPLETO (rua, número, bairro, cidade, estado e CEP):**

**E-MAIL:**

**NOME(S) DO(S) MÉDICO(S) DENUNCIADO(S):**

**Nº DE INSCRIÇÃO NO CRM**

-

CRM-PR

-

CRM-PR

**Local e data de Atendimento (MENCIONAR A CIDADE E O HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTÓRIO):**

-

**DATA:**

**ANEXOS:** (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 [protocolo@crmpr.org.br](mailto:protocolo@crmpr.org.br). Em caso de entrega pessoalmente na sede ou Representação Regional do CRM-PR, é necessário incluir as cópias impressas.)

