CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RORAIMA
Autarquia Federal Criada pela Lei n° 5.905/73

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA Nº _____/ 20_____

	Denúncia Escrita		Denúncia de Ofício		Denúncia Anônima

	Ética		Irregularidades		Desagravo Público

Responsável por receber a denúncia:	

À Presidência.

DENUNCIANTE: _____
CPF: _____ RG: _____ Coren-RR nº _____
Endereço:_____
Cidade _____ Telefone (95) _____.
E-mail: _____

DENUNCIADO: _____
CPF: _____ RG: _____ Coren-RR nº _____
Endereço:_____
Cidade _____ Telefone (95) _____.
Obs.: (Caso tenha mais de um denunciante ou denunciado, colocar os dados completos de todos os envolvidos em outra folha em anexo).

LOCAL DO OCORRIDO: Nome da instituição: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Telefone (95) _____.

1. **Venho por meio deste DENUNCIAR**: (Narração objetiva da denúncia, indicando o local, dia, hora e circunstâncias do(s) acontecimento(s). O(s) fato(s) deverá(ão) ser expostos com clareza e indicando quem o(s) cometeu – descrição legível.)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

_____

(Obs.: Caso necessite se mais espaço, anexar outra folha para continuar a descrever a denúncia).

2. Indicação dos meios de prova documental e/ou testemunhal:
Documentos (Nome dos documentos comprobatórios em anexo e número total de folhas): _____
_____
_____
_____

(Exemplos: escala, relatório, prontuário, foto/imagens, exames, receituário, vídeo, gravação, depoimentos, ...).

Testemunha l: Nome: _____

Endereço: _____

Telefones: ( ) _____ CPF: _____ Coren-RR n: _____

E-mail: _____

Testemunha 2: Nome: _____

Endereço: _____

Telefones: ( ) _____ CPF: _____ Coren-RR n: _____

E-mail: _____

Declaro, que fui informado (a) que a denúncia é irretratável e irrenunciável, a partir do momento em que for protocolada não poderei desistir do procedimento, visto que o interesse público prevalece sobre o interesse particular.

Declaro ainda, estar ciente que a falsidade dessas declarações configura crime previsto no art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Assinatura do Denunciante: _____
(Nome escrito por extenso)

_____- RR, _____/_____/_____.

Via do Denunciante: **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RORAIMA**
Autarquia Federal Criada pela Lei n° 5.905/73

DENÚNCIA Nº _____/ 20_____

_____- RR, _____/_____/_____.

Responsável por receber a denúncia: Nome legível e Cargo	

*Obs.: Informações sobre o andamento desta denúncia solicite no setor da Secretaria/Protocolo.