

MODELO DE DEFESA

- Todos os campos devem ser preenchidos (Preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

REQUERIMENTO DE DEFESA

Ilmo(a) Sr(a). Dr(a). Presidente do Conselho Regional de Biomedicina da 6ª Região – CRBM 6

Dados do **ESTABELECIMENTO**:

Razão Social:		Nº CRBM PJ	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
End.:	Nº	Compl.	
Bairro:	Cidade:	Estado:	
CEP:	Fone: ()	e-mail:	

Dados do **PROFISSIONAL**:

Nome:		Nº CRBM PF	
End.:	Nº	Compl.	
Bairro	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone: ()	Celular: ()	E-mail:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

<input type="checkbox"/>	Defesa Auto de Infração Nº	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Defesa Termo de Intimação Nº	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Resposta de Ofício Nº	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Outros (especificar):	<input type="text"/>

<input type="text"/>	,	de	de
Cidade	Dia	Mês	Ano

Assinatura do profissional

Assinatura do sócio/representante legal

Documentos conferidos por:

Carimbo e / ou nome legível

Carimbo e / ou nome legível

Assinatura do funcionário

