MODELO DE DEFESA

**SEGUIR INSTRUÇÕES**

* 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. Sr. Dr. Presidente do Conselho Regional de Biomedicina da 4ª Região – CRBM-4

Dados do **ESTABELECIMENTO:**

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

Dados do **PROFISSIONAL:**

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

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Defesa Auto de Infração nº |  |
|  | Defesa Termo de Intimação nº |  |
|  | Resposta ao Ofício nº |  |
|  | Outros (especificar): |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| , | de |  | de |
| Cidade | Dia | Mês | Ano |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do profissional Assinatura do sócio / representante legal

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Carimbo e / ou nome legível Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do funcionário

DEFESA

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Obs: No caso de representante, anexar procuração.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do profissional Assinatura do sócio / representante legal

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Carimbo e / ou nome legível Carimbo e / ou nome legível