Ilma. Sra. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí

NOME DO DENUNCIANTE: _____
ENDEREÇO: _____**CEP:** _____
FONE: _____
CÉDULA DE IDENTIDADE: _____
CPF: _____

Eu, abaixo assinado e acima qualificado, passo a narrar os fatos ocorridos que considero infringentes de disposições éticas e legais, requeiro a V.Sa. a apuração de responsabilidades:

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

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

Teresina _____ de _____ de _____.

_____

ASSINATURA