# **MODELO DE RECURSO**

## **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.
* **Anexar Auto Fiscal**

REQUERIMENTO DE RECURSO

##### Ilmo. Sr. Dr. Presidente do Conselho Federal de Biomedicina - CFBM

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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Recurso ao Auto de Imposição de Penalidade n° |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Resposta de Ofício N° |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Outros (especificar): |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Documentos conferidos por: |
|  |
| Assinatura do profissional | Assinatura do sócio / representante legal |
|  |  |
| Carimbo e / ou nome legível | Carimbo e / ou nome legível | Assinatura do funcionário |

## **RECURSO**

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

**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 |