**DENÚNCIA ÉTICA**

Ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar à legislação da enfermagem.

\*Campos obrigatórios

|  |
| --- |
| **DENUNCIANTE** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo\* |  |
| Nacionalidade |  |
| Estado Civil |  |
| Profissão |  |
| Identidade |  |
| CPF |  |
| Telefone celular (com DDD)\* |  |
| Cidade \* |  |
| Estado \* |  |
| Endereço |  |
| CEP |  |
| E-mail\* |  |
| Telefone fixo (com DDD) |  |

|  |
| --- |
| **DENUNCIADO** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo\* |  |
| Categoria Profissional |  |
| Telefone (com DDD) |  |
| E-mail |  |
| Local de trabalho\* |  |
| Horário de trabalho |  |
| **DO FATO:** | |
| Local\* |  |
| Data |  |
| Hora |  |
| **NARRAÇÃO OBJETIVA DO ACONTECIDO: (**obrigatório)  Comunico à Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, Dra. Maristela Assumpção de Azevedo que:  *(Explanar os fatos acontecidos, anexar provas caso houver, vídeos, conversas, emails etc.)* | |

|  |
| --- |
| **TESTEMUNHAS** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Profissão |  |
| Endereço |  |
| CEP |  |
| Telefones (com DDD) |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Profissão |  |
| Endereço |  |
| CEP |  |
| Telefones (com DDD) |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Profissão |  |
| Endereço |  |
| CEP |  |
| Telefones (com DDD) |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS** |

Relacionar os documentos juntados para instruir a denúncia, caso existam.

(Cidade), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_

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

(Assinatura do Denunciante)