TERMO DE NOTIFICAÇÃO
DE ENVOLVIDOS EM DENÚNCIA
NA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Ao(À) Dr/Dra:

_____

_____(nome do envolvido).

Denúncia:_____

_____

_____

_____

(resumo da denúncia, citando nome do denunciante e demais envolvidos, caso haja).

NOTIFICAMOS V.Sa. para se manifestar, **no prazo de 15 dias**, contados a partir da confirmação de recebimento deste, em conformidade com o Manual das Comissões de Ética Médica do CRM-DF. Tal manifestação poderá ser dar, por escrito ou em audiência na Comissão de Ética Médica do(a) _____

_____(nome da Instituição), conforme art. 28º, Resolução CFM nº 2.152/2016.

Comunicamos que todo o processo tramita em regime de **Sigilo Processual**, conforme art.1º do Código de Processo Ético – Profissional (Resolução CFM nº 2.306/2022).

Brasília, ____/_____/_____

Assinatura (Presidente / Secretário):

_____

_____