



FORMULÁRIO DE DENÚNCIA COMISSÃO DE ÉTICA

A) DADOS DO (A) DENUNCIANTE:

Nome:		
Endereço completo (logradouro, nº, complemento):		CEP:
		Cidade/UF:
RG:	CPF/CNPJ:	Data de nascimento:
Estado Civil:		Profissão:
E-mail:		Telefone:
CRO/SP nº		CRO/SP – CL nº
Forma de contato: E-mail (<input type="checkbox"/>) Correio com Aviso de Recebimento (<input type="checkbox"/>)		

B) DADOS DO (A) RESPONSÁVEL LEGAL QUANDO DENUNCIANTE MENOR DE IDADE OU INCAPAZ (ANEXAR COMPROVAÇÃO):

Nome:		
Endereço:		CEP:
RG:	CPF:	
Estado Civil:	Parentesco:	
E-mail:		Telefone:

C) DADOS DO (A) DENUNCIADO (A):

Nome do Profissional:		
Nome da Clínica (Pessoa Jurídica):		
Endereço da Clínica ou Consultório:		
CEP:	Município:	Estado:
E-mail:		Telefone:
CRO/SP nº		CRO/SP – CL nº

D) O (A) SR. (A) TEM INTERESSE NA CONCILIAÇÃO/MEDIAÇÃO DESTE CASO?

SIM () NÃO ()

Dúvidas? Solicitamos que consulte o **roteiro de conciliação/mediação do CROSP anexo.**



E) INFORMAÇÕES PARA OBTENÇÃO DE PRIORIDADE NA TRAMITAÇÃO EM CASO DE INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO ÉTICO DISCIPLINAR, NOS TERMOS DO ART. 69-A DA LEI FEDERAL Nº 9.784/99 E DO ART. 71, §§ 3º E 5º DA LEI FEDERAL Nº 10.741/2003 – ESTATUTO DO IDOSO.

O (a) Sr. (a) possui idade igual ou superior a 80 (oitenta) anos?

SIM () NÃO ()

O (a) Sr. (a) possui idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos?

SIM () NÃO ()

O (a) Sr. (a) é portador (a) de deficiência física ou mental?

SIM () NÃO ()

SE SIM, QUAL? _____

(anexar atestado ou laudo médico na data da denúncia ou no prazo de 15 (quinze) dias após o protocolo, mediante requerimento à Comissão de Ética).

O (a) Sr. (a) é portador (a) de alguma das enfermidades elencadas abaixo?

SIM () NÃO ()

SE SIM, QUAL DAS ENFERMIDADES ABAIXO? (anexar atestado, laudo médico ou qualquer outro documento emitido com base em conclusão da medicina especializada, na data da denúncia ou no prazo de 15 (quinze) dias após o protocolo, mediante requerimento à Comissão de Ética).

- () tuberculose ativa
- () esclerose múltipla
- () neoplasia maligna
- () hanseníase
- () paralisia irreversível e incapacitante
- () cardiopatia grave
- () doença de Parkinson
- () espondiloartrose anquilosante
- () nefropatia grave



OBS: Para o envio de exames de imagem, incluindo radiografias periapicais que possam elucidar o caso, a digitalização deverá ser providenciada por scanner ou fotografia digital com salvamento nos formatos GIF, JPG, PNG ou PDF até 100MB por arquivo (A maioria das câmeras de celulares utiliza imagens em jpg).

Os arquivos poderão ser salvos em CD (Compact Disc) ou pen-drive exclusivo para este fim, que não serão devolvidos. Radiografias periapicais deverão ser digitalizadas em um dos formatos acima contendo cartela de identificação com O NOME DO PACIENTE E A DATA DA AQUISIÇÃO DA IMAGEM.

NÃO SERÃO ACEITOS ORIGINAIS.

Data: ____/____/____

_____*

Assinatura do (a) Denunciante/Representante legal*
* Campo obrigatório.

LISTA DE DOCUMENTOS QUE DEVERÃO SER APRESENTADOS PELO(A) DENUNCIANTE:

1. Documento de identidade com foto emitido por órgãos oficiais;
2. CPF;
3. Comprovante de endereço atualizado com CEP;
4. Atestado e/ou laudo médico, se o caso;
5. Provas sobre as suas alegações, tais como cópias de documentos ou de outras provas para fins de comprovação das suas alegações, como recibos de pagamento pelos serviços odontológicos prestados, cópia do prontuário odontológico com ficha de anamnese, ficha clínica, diagnósticos e planejamento do tratamento, exames complementares, receitas, atestados, recibos, plano de tratamento com discriminação dos valores de cada procedimento, termo de consentimento livre e esclarecido com os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, exames complementares, se houver, e outros necessários ou essenciais para a análise da denúncia, sob pena de arquivamento da denúncia. OBS.: 1 - na impossibilidade de apresentar os documentos, justificar; 2 - na impossibilidade de apresentar documentos no ato do protocolo da denúncia, apresentar no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do protocolo, sob pena de arquivamento.



**PROCURAÇÃO ASSINADA POR TERCEIRO A PEDIDO DO (A)
DENUNCIANTE (PROCURAÇÃO A ROGO):**

(em caso de o (a) denunciante não poder e/ou não saber assinar e/ou escrever)

***NECESSÁRIA ASSINATURA DE 2 (DUAS) TESTEMUNHAS**

OUTORGANTE (DENUNCIANTE):

NOME:	
NACIONALIDADE:	
ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	
RG N.º	
CPF:	
E-MAIL:	
ENDEREÇO:	N.º
COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	
CIDADE:	UF:
CEP:	

OUTORGADO (TERCEIRO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES E PELA ASSINATURA):

NOME:	
NACIONALIDADE:	
ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	
RG N.º	
CPF:	
E-MAIL:	
ENDEREÇO:	N.º
COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	
CIDADE:	UF:
CEP:	



PODERES: Pelo presente instrumento, a pedido do (a) OUTORGANTE, por este (a) não poder e/ou não saber assinar e/ou escrever, neste ato confere ao (à) OUTORGADO (A) poderes para o fim específico de única e exclusivamente assinar e preencher os presentes dados do formulário de denúncia ética contra NOME DO (A) PROFISSIONAL _____, CRO/SP _____ N.º _____, com _____ consultório/clínica na ENDEREÇO _____ perante o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), na presença de 02 (duas) testemunhas.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) Outorgado (a)

TESTEMUNHA 1

NOME:	
NACIONALIDADE:	
ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	
RG N.º	
CPF:	
E-MAIL:	
ENDEREÇO:	N.º
COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	
CIDADE:	UF:
CEP:	
ASSINATURA:	



TESTEMUNHA 2

NOME:	
NACIONALIDADE:	
ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	
RG N.º	
CPF:	
E-MAIL:	
ENDEREÇO:	N.º
COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	
CIDADE:	UF:
CEP:	
ASSINATURA:	