



FORMULÁRIO DE DENÚNCIA
COMISSÃO DE ÉTICA

A) DADOS DO (A) DENUNCIANTE:

Nome:		
Endereço:		CEP:
RG:	CPF/CNPJ:	Data de nascimento:
Estado Civil:		Profissão:
E-mail:		Telefone:
CRO/SP nº		CRO/SP – CL nº

B) DADOS DO (A) RESPONSÁVEL LEGAL DO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ:

Nome:		
Endereço:		CEP:
RG:	CPF:	
Estado Civil:		Profissão:
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



O (A) DENUNCIANTE POSSUI PROVAS QUE COMPROVAM OS FATOS ALEGADOS?

() SIM () NÃO

OBS. 1: A falta de provas poderá acarretar o arquivamento da denúncia.

OBS. 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 da denúncia, sob pena de arquivamento.

Caso não possua provas, justificar o motivo:

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) Denunciante/Representante legal

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.

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.