



## CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE GOIÁS

### **FORMULÁRIO DE DENÚNCIAS**

Em atenção ao disposto no art. 10, § 1º do Código de Processo Ético Odontológico – Resolução CFO 59/2004, as denúncias deverão conter as informações abaixo indicadas. A inobservância no preenchimento dos dados abaixo poderá dar causa ao indeferimento da denúncia.

Ao Conselho Regional de Odontologia de Goiás, situado na Av. T2, nº 1381, Setor Bueno, Goiânia/GO, CEP 74210-010.

#### **1. Dados do Denunciante.**

Nome completo: \_\_\_\_\_;

Nacionalidade: \_\_\_\_\_;

Estado civil: \_\_\_\_\_;

Profissão: \_\_\_\_\_;

e-mail: \_\_\_\_\_;

CPF: \_\_\_\_\_; RG: \_\_\_\_\_;

Inscrição Profissional: \_\_\_\_\_;

Telefone de contato: \_\_\_\_\_;

Endereço: \_\_\_\_\_;

Complemento: \_\_\_\_\_; Bairro: \_\_\_\_\_;

Cidade: \_\_\_\_\_; UF: \_\_\_\_\_; CEP: \_\_\_\_\_;

#### **2. Dados do (a) Responsável Legal do Menor de Idade ou Incapaz**

Nome completo: \_\_\_\_\_;

Nacionalidade: \_\_\_\_\_;

Estado civil: \_\_\_\_\_;

Profissão: \_\_\_\_\_;

e-mail: \_\_\_\_\_;



CPF: \_\_\_\_\_; RG: \_\_\_\_\_;

Inscrição Profissional: \_\_\_\_\_;

Telefone de contato: \_\_\_\_\_;

Endereço: \_\_\_\_\_;

Complemento: \_\_\_\_\_; Bairro: \_\_\_\_\_;

Cidade: \_\_\_\_\_; UF: \_\_\_\_\_; CEP: \_\_\_\_\_;

### 3. Dados do(a) Denunciado(a):

Nome completo: \_\_\_\_\_;

e-mail: \_\_\_\_\_;

Inscrição Profissional: \_\_\_\_\_;

Telefone de contato (se souber): \_\_\_\_\_;

Endereço (do local do fato): \_\_\_\_\_;

Complemento: \_\_\_\_\_; Bairro: \_\_\_\_\_;

Cidade: \_\_\_\_\_; UF: \_\_\_\_\_; CEP: \_\_\_\_\_;

### 4. Dados das Testemunhas (s) (se houver, até no máximo 03).

Nome completo: \_\_\_\_\_;

e-mail: \_\_\_\_\_;

CPF: \_\_\_\_\_; RG: \_\_\_\_\_;

Telefone de contato: \_\_\_\_\_;

Endereço: \_\_\_\_\_;

Complemento: \_\_\_\_\_; Bairro: \_\_\_\_\_;

Cidade: \_\_\_\_\_; UF: \_\_\_\_\_; CEP: \_\_\_\_\_;

-----  
Nome completo: \_\_\_\_\_;

e-mail: \_\_\_\_\_;

CPF: \_\_\_\_\_; RG: \_\_\_\_\_;

Telefone de contato: \_\_\_\_\_;

Endereço: \_\_\_\_\_;

Complemento: \_\_\_\_\_; Bairro: \_\_\_\_\_;

Cidade: \_\_\_\_\_; UF: \_\_\_\_\_; CEP: \_\_\_\_\_;



-----

Nome completo: \_\_\_\_\_;  
e-mail: \_\_\_\_\_;  
CPF: \_\_\_\_\_; RG: \_\_\_\_\_;  
Telefone de contato: \_\_\_\_\_;  
Endereço: \_\_\_\_\_;  
Complemento: \_\_\_\_\_; Bairro: \_\_\_\_\_;  
Cidade: \_\_\_\_\_; UF: \_\_\_\_\_; CEP: \_\_\_\_\_;

**5. DECLARAÇÃO DE ACEITE/RECUSA À REUNIÃO DE COMPOSIÇÃO  
(TC – Termo de Composição)**

Conforme previsto pela **Portaria CROGO 035/2022**, **DECLARO** para os devidos fins que:

☐

**TENHO INTERESSE EM CONCILIAR**

☐

**NÃO TENHO INTERESSE EM CONCILIAR COM A PARTE DENUNCIADA**, requerendo o prosseguimento do feito com a consequente instauração do processo ético disciplinar em desfavor da parte denunciada.

**6. 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) Denunciante possui provas que comprovam os fatos?

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:

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

Local: \_\_\_\_\_; 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 de prontuário



odontológico com ficha de anamnese, ficha clínica, diagnósticos e planejamento de 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 de tratamento, exames complementares, se houver, e outros necessários ou essenciais para a análise da denúncia, sob pena de arquivamento. 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.**