|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DO DENUNCIANTE:** | | |
| **NOME COMPLETO:** | | |
| **RG:  CPF:** | | |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | | |
| **ENDEREÇO:   BAIRRO:   CIDADE:** | | |
| **CEP:** | | |
| **TELEFONE (01):  TELEFONE (02):  EMAIL:** | | |
| **DADOS DO DENUNCIADO:** | | |
| **NOME:  CLÍNICA:** | | |
| **ENDEREÇO:  BAIRRO:  CIDADE:** | | |
| **CEP:** | | |
| **TELEFONE (01):  TELEFONE (02):** | | |
| **TESTEMUNHAS:** | | |
| **1** | | |
| **NOME:** | | |
| **ENDEREÇO:** | | |
| **BAIRRO:  CIDADE:** | | |
| **CEP:** | | |
| **TELEFONE (01):  TELEFONE (02):** | | |
|  | | |
| **2** | | |
| **NOME:** | | |
| **ENDEREÇO:** | | |
| **BAIRRO:  CIDADE:** | | |
| **CEP:** | | |
| **TELEFONE (01):  TELEFONE (02):** | | |
| **3** | | |
| **NOME:** | | |
| **ENDEREÇO:  BAIRRO:   CIDADE:** | | |
| **CEP:** | | |
| **TELEFONE (01):  TELEFONE (02):** | | |
|  | | |
| **DATA:** | | **ASSINATURA:  (Campo Obrigatório)** |
| **ASSINATURA:  (Representante legal, se o houver)** |
| **DOCUMENTOS JUNTADOS:** | | |
|  | | |
| **1** |  | |
| **2** |  | |
| **3** |  | |
| **4** |  | |
| **5** |  | |
| **NARRATIVA DOS FATOS:** | | |
|  | | |

**DOCUMENTO ESPECÍFICO PARA COLETA DE ASSINATURA DO(A) DENUNCIANTE:**

Declaro que o formulário de denúncia ética a ser enviado juntamente com o presente documento foi por mim preenchido e que eu pretendo que a denúncia em questão seja protocolada e que a ela seja dado andamento pelo Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul – CRO/RS.

Sem mais, assino o presente documento, para fins de que a minha denúncia possa ser recebida (em respeito ao artigo 10, § 1º, do Código de Processo Ético Odontológico).

Nome completo: 

Data: 

Assinatura: