|  |
| --- |
| **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: