



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: _____;

OBS: Em caso da existência de mais Denunciante, favor anexar documento em que contenha os dados acima exigidos.

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)s Denunciado(a)s:

Nome completo: _____;

e-mail: _____;

Inscrição Profissional: _____;

Telefone de contato (se souber): _____;

Endereço (do local do fato): _____;

Complemento: _____; Bairro: _____;

Cidade: _____; UF: _____; CEP: _____;

Caso houver mais de um:

Nome completo: _____;

e-mail: _____;

Inscrição Profissional: _____;

Telefone de contato (se souber): _____;

Endereço (do local do fato): _____;

Complemento: _____; Bairro: _____;

Cidade: _____; UF: _____; CEP: _____;

Caso houver mais:

Nome completo: _____;



e-mail: _____;

Inscrição Profissional: _____;

Telefone de contato (se souber): _____;

Endereço (do local do fato): _____;

Complemento: _____; Bairro: _____;

Cidade: _____; UF: _____; CEP: _____;

OBS: Em caso da existência de mais Denunciados, favor anexar documento em que contenha os dados acima exigidos.

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)

A Reunião de Composição se refere à um encontro anterior a abertura do Processo Ético em que se disponibiliza ao Denunciante e ao Denunciado a possibilidade de celebração e acordo, com base em negociação, para quitação ampla da denúncia. Caso, positivo, ou seja, o Denunciante e Denunciado cheguem a um acordo viável para ambos, a denúncia será arquivada em decorrência do cumprimento de seu objetivo.

Conforme previsto pela **Portaria CROGO 044/2023**, **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) 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 ou incapacitante
- () cardiopatia grave
- () doença de Parkinson
- () espondiloartrose anquilosante
- () nefropatia grave
- () hepatopatia grave
- () estados avançados da doença de Paget
- () contaminação por radiação
- () síndrome de imunodeficiência adquirida
- () outra doença grave

OBS.: nos termos do art. 69-A, IV, da Lei Federal nº 9.784/99, ainda que a doença tenha sido contraída após o início do processo, a parte ou o interessado, terá direito à prioridade na tramitação. Neste caso, **se e após instaurado o processo ético**, o requerente deverá endereçar o requerimento de prioridade à Comissão de Ética, desde que a doença seja atestada por **conclusão da medicina especializada**.

7 – Relato dos Fatos/ da Denúncia (O que levou à procura do CRO-GO)

() Denúncia anexada ao Documento (Relato em outro documento que será anexado a este no momento da Denúncia)

ou

() Escrever Neste Documento (Relatar os Fatos Abaixo)



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

Atenção: A assinatura da denúncia é obrigatória para sua aceitação, podendo ser física (digitalizada) ou eletrônica.

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.