

TERMO DE RESPONSABILIDADE

CD: _____

CRO(UF): _____ Código Operadora: _____

GTO (Núm. da Guia Atribuído na Operadora) _____

Informa à **São Francisco Odontologia** que, no uso das prerrogativas de liberdade de convicção diagnóstica, terapêutica e realização de tratamento clínico realizado no beneficiário _____, indico os seguintes procedimentos para a recuperação de sua saúde bucal: **(Descreva abaixo o tratamento proposto).**

Declaro que o beneficiário está ciente das eventuais condições clínicas desfavoráveis e dos riscos de insucesso do tratamento proposto.

Informo ainda, ser responsável perante as esferas ética, civil e penal, pelo tratamento proposto a ser realizado por mim, em meu consultório particular, de acordo com o contrato de credenciamento junto a V. Senhorias, eximindo de qualquer responsabilidade o responsável técnico ou o corpo de auditores dessa empresa.

Cidade: _____, _____ de _____ 20____.

Assinatura e carimbo

Assinatura Beneficiário