

**TERMO DE RESPONSABILIDADE  
E ACOMPANHAMENTO DE CASO CLÍNICO**

CD: \_\_\_\_\_

CRO(UF): \_\_\_\_\_ Código Operadora: \_\_\_\_\_

Informo à **São Francisco Odontologia**, a seguinte intercorrência durante a realização do tratamento clínico no beneficiário \_\_\_\_\_,

GTO (Núm. da Guia Atribuído na Operadora) \_\_\_\_\_

**(Descreva abaixo o incidente, Ex: fratura de lima no interior do conduto):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diante do ocorrido, comprometo-me a realizar o acompanhamento periódico do beneficiário para preservação do tratamento realizado.

Informo ainda, ser responsável perante as esferas ética, civil e penal, pelo tratamento 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