

Termo de Compromisso do Cirurgião-Dentista

Interesse na coordenação

Favor preencher em letra de forma

Nome:

Data de Nascimento: Sexo: F M

CPF: RG:

E-mail:

End. Residencial: N°:

Complemento: Bairro:

Cidade: UF:

CEP: Tel.: - Cel.: -

End. Comercial: N°:

Complemento: Bairro:

Cidade: UF:

CEP:

Tel. Comercial: - FAX.: -

Faculdade:

Ano de Conclusão: CRO:

Especialidade:

Quantas crianças você quer atender?

COMPROMISSOS DO PROJETO DENTISTA DO BEM

- Encaminhar ao profissional a criança a ser atendida;
- Divulgar as ações dos profissionais envolvidos e os resultados obtidos pelo programa;
- Desenvolver e manter a logística necessária para o funcionamento do programa;
- A **TdB** se reserva o direito de descadastrar um voluntário caso suas ações não estejam de acordo com os valores e missões da organização.

COMPROMISSOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

- Assumir o tratamento integral da criança/adolescente indicado pela **Turma do Bem** sem nenhum custo;
- Manter a equipe do **Dentista do Bem** informada quanto à assiduidade do tratamento (incluindo as datas dos atendimentos);
- Manter o programa informado sobre os resultados alcançados pelo tratamento desenvolvidos;
- Atuar na mobilização e engajamento de novos coordenadores, divulgando ações e resultados do programa **Dentista do Bem**;
- Em caso de desligamento, informar e justificar à equipe do programa;
- Respeitar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no artigo 60, capítulo V, referente à proibição do trabalho para menores de 14 anos.

O trabalho voluntário a ser desempenhado junto a Turma do Bem, de acordo com a Lei nº 9.608 de 18/02/1998, é atividade não remunerada e não gera vínculo empregatício ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias ou afins.

Declaro estar ciente da legislação específica e aceito atuar como voluntário conforme este Termo de Adesão. Atesto para os devidos fins que concordo com todos os compromissos supracitados.

Data: ____/____/____

Assinatura do Dentista do Bem