

Termo de Compromisso do Cirurgião-Dentista



○ Interesse na coordenação

Favor preencher em letra de forma.

Nome:																															
Data de Nascimento:							Sexo:	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>																				
CPF:										RG:																					
E-mail:																															
End. Residencial:																									Nº:						
Complemento:							Bairro:																								
Cidade:																			UF:			CEP:									
Tel.:							Cel.:							Cel.:																	
End. Comercial:																									Nº:						
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 descreditar 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 desenvolvido;
- 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 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 18/02/98, é atividade não remunerada e não gera vínculo empregatício nem funcionou 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.

Assinatura do Dentista do Bem

Data: ____/____/____

Realização:



Turma do Bem – Projeto Dentista do Bem

R: Sousa Ramos, 311. Vila Mariana. São Paulo/SP. CEP: 04120-080
+55 11 5084-7276 | dentistadobem@tdb.org.br | www.tdb.org.br

Patrocínio:



