

TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS

Eu, _____, portador do
RG _____, residente na _____, cidade
de _____, estado _____, CEP _____,
telefone _____, dõo _____ dentes para o BANCO DE DENTES HUMANOS
DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO. Estou ciente de que este(s)
dente(s) será(ão) utilizado(s) pelos alunos e pesquisadores desta Universidade para treinamento
laboratorial e pré-clínico e realização de pesquisas.

Origem dos dentes: _____

Bragança Paulista, _____ de _____ de 20 _____ .

Assinatura do Doador