

## TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS

Eu, \_\_\_\_\_, cirurgião-dentista inscrito no CRO \_\_\_\_\_, com consultório na \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, doo \_\_\_\_\_ dentes para o BANCO DE DENTES HUMANOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, declarando que este(s) dente(s) foi(ram) extraído(s) por indicação terapêutica, cujos históricos fazem parte dos prontuários de quem se originam, arquivados sob a minha responsabilidade. 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.

Bragança Paulista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Cirurgião-Dentista