

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, natural de _____, sexo _____, cor _____, residente na _____, cidade de _____, telefone _____, portador do RG _____, aceito doar o(s) dente(s):

_____ para o BANCO DE DENTES HUMANOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, ciente de que o(s) mesmo(s) será(ão) utilizado(s) pelos alunos desta Universidade para estudo e treinamento pré-clínico. Estou consciente de que este(s) dente(s) foi(ram) extraído(s) por indicação terapêutica para a melhoria da minha saúde, como documentado em meu prontuário. Caso este(s) dente(s) seja(m) utilizado(s) em pesquisa, esta deverá ter sido previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, sendo preservada a minha identidade na divulgação.

Bragança Paulista, _____ de _____ de 20 _____ .

ASSINATURA DO DOADOR OU RESPONSÁVEL LEGAL

Cirurgião-dentista responsável pelo atendimento: _____

CRO _____ : nº _____

Assinatura do C.-Dentista

Assinatura da Testemunha

Nome e RG: