



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA
BIOBANCO DE DENTES HUMANOS
Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632- Jardim Botânico – Tel: 3360-4155.



TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS - CIRURGIÕES-DENTISTAS

Eu, _____,
cirurgião-dentista, inscrito no CRO de nº _____, com consultório/clínica situado
em _____, bairro _____,
cidade _____, UF _____, CEP _____, telefone (____) _____,
do nº _____ dentes para o BIOBANCO DE DENTES HUMANOS DA UFPR, declarando
que estes dentes foram extraídos por **indicação terapêutica**, cujo históricos fazem parte
dos prontuários dos pacientes de quem se originam, arquivados sob minha
responsabilidade. Estou ciente de que estes dentes serão utilizados pelos alunos e
pesquisadores desta Universidade para estudo, treinamento laboratorial pré-clínico e
realização de pesquisas.

Curitiba, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Cirurgião-Dentista e carimbo