



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido em ___/___/_____, residente na cidade de _____, no endereço _____, telefone (____) _____ - _____, e-mail: _____, cedo o total de _____ dente(s) para armazenamento no Biobanco de Dentes Humanos da Universidade Federal do Paraná (BDH-UFPR), declarando que este(s) dente(s) foram extraídos por indicação clínica.

Estou ciente de que a escolha pela cessão, ou não, deste(s) dente(s) não trará prejuízo de qualquer natureza ao meu tratamento/atendimento. Também estou ciente que nenhum incentivo, recompensa financeira ou benefício imediato está previsto por concordar com esta cessão. O(s) dente(s) será(ão) armazenados no BDH-UFPR, sem que haja riscos adicionais por permitir a coleta desta amostra, ficando disponível(eis) para realização de pesquisas em projetos específicos, aprovados previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Autorizo o acesso aos meus dados clínicos e histórico médico pelo pesquisador em questão, com o objetivo de obtenção de dados para fins de pesquisa em ciências da saúde.

Tenho ciência sobre a possibilidade do descarte do material armazenado e que serei comunicado caso isso seja necessário. Os dados por mim fornecidos serão mantidos de maneira confidencial e sigilosa, respeitando a privacidade por meio de codificação. Estou ciente de que sou livre para retirar o consentimento do armazenamento deste material biológico a qualquer momento sem penalização alguma, ou interrupção de meu tratamento. Poderei, se desejar, conhecer os resultados das pesquisas realizadas com o meu material biológico e, se disponível, ter acompanhamento ou aconselhamento referentes à minha saúde.

Em caso de uso do(s) dente(s) em pesquisa, eu (marque uma das alternativas abaixo):

- () **Dispensar** novo consentimento a cada pesquisa realizada.
- () **Exigir** novo consentimento a cada pesquisa realizada.

Curitiba, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente

Área de preenchimento do responsável pela exodontia																	
Responsável pelo atendimento: _____																	
Disciplina de origem: _____ Prontuário nº: _____																	
Motivo da extração:																	
() Cárie					() Ortodontia												
() Doença Periodontal					() Pericoronarite												
() Raiz residual					() Supra-numerário												
() Fratura/Trauma					Outro: _____												
Assinalar o(s) número(s) do(s) dente(s) cedido(s) no odontograma abaixo.																	
Maxila																	
D	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	E
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Mandíbula																	

Preenchimento interno BDH
TCLE Nº: _____
() Rastreável () Não-Rastreável
() Descarte/Fragmentado
Processamento: _____
Téc. Resp.: _____