



TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Eu, _____,
() Discente da UFPR no Curso _____ e registro acadêmico _____
() Docente da UFPR, vinculado ao Departamento _____
() Discente/Docente da seguinte Instituição: _____
residente na rua e nº _____, bairro _____,
cidade (UF) _____, telefone (____) _____, e-mail: _____.

Declaro que a partir da presente data os dentes especificados abaixo estarão sob minha guarda e responsabilidade para uso exclusivamente no projeto de pesquisa intitulado abaixo, previamente aprovado por comitê de ética em pesquisa. Estou ciente que os resultados obtidos deverão ser comunicados ao biobanco para atender a Portaria MS 2.201 de 14/7/2011, seção III, Art.29.

TÍTULO DO PROJETO	
-------------------	--

Nº CAAE ou Nº Parecer CEP: _____

Devolução dos dentes: () Sim () Não

Nº Reg	Numeração Cedida

Nº Reg	Numeração Cedida

Nº Reg	Numeração Cedida

Total de dentes: _____

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável _____

Assinatura do(a) Técnico(a) do BDH-UFPR _____