



FACULDADE CECAPE
BANCO DE DENTES HUMANOS



TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS

Eu, _____, cirurgiã(o)-dentista, inscrito no CRO sob nº _____, com consultório/clínica situado em _____, cidade/UF _____, telefone _____, **do** _____ **dentes** para o BANCO DE DENTES HUMANOS da FACULDADE CECAPE, declarando que o(s) dente(s) foram extraídos por **indicação terapêutica**, cujos históricos fazem parte dos prontuários dos pacientes, arquivados sob minha responsabilidade. Estou ciente de que este(s) dente(s) será(ão) utilizado(s) para estudo ou para pesquisas científicas.

Juazeiro do Norte/CE, ____/____/____

Assinatura



FACULDADE CECAPE
BANCO DE DENTES HUMANOS



TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS
PACIENTES EXTERNOS

Eu, _____

R.G de nº _____, residente em

_____,
cidade/UF _____, CEP _____ **doo o**

elemento dentário para o BANCO DE DENTES HUMANOS do Curso de Odontologia da FACULDADE CECAPE, declarando que este(s) dente(s) foram extraídos após **correta indicação do cirurgião-dentista** _____, CRO de nº _____.

Estou ciente de que este(s) dente(s) será(ão) utilizado(s) para a realização de pesquisas ou em atividades de ensino da Odontologia.

Juazeiro do Norte/CE, ____/____/____

Assinatura



FACULDADE CECAPE
BANCO DE DENTES HUMANOS



TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS
DOCENTES

Eu, _____,
professor e coordenador da Clínica _____,
do _____ **dentes** para o BANCO DE DENTES HUMANOS do Curso
de Odontologia da FACULDADE CECAPE, declarando que o(s) dente(s)
foi/foram extraído(s) por **indicação terapêutica**, cujos históricos fazem parte
dos prontuários dos pacientes arquivados na disciplina. Estou ciente de que
este(s) dente(s) será(ão) utilizado(s) para estudo ou para pesquisas científicas.

Juazeiro do Norte/CE, ____/____/____

Assinatura



FACULDADE CECAPE
BANCO DE DENTES HUMANOS



TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS
PACIENTES

Eu, _____

R.G de nº _____, residente em

_____,

cidade/UF _____, CEP _____ **do**

_____ **dentes** para o BANCO DE DENTES HUMANOS do Curso de Odontologia da FACULDADE CECAPE declarando que estes dentes foram extraídos por **indicação de um cirurgião-dentista**. Estou ciente que este(s) dente(s) serão utilizados para a realização de pesquisas previamente aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa ou em atividades didáticas no processo de ensino-aprendizagem da Odontologia.

Origem dos dentes: () Família () Pessoal () Outros _____

Juazeiro do Norte/CE, ____/____/____

Assinatura