



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**



**TERMO DE CESSÃO DE DENTES**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF \_\_\_\_\_ com endereço na  
(Rua, Avenida) \_\_\_\_\_, complemento  
\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, UF  
\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº  
\_\_\_\_\_, venho por meio desta e melhor forma de direito, CEDER ao Banco de Dentes Humanos da  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), \_\_\_\_\_ dentes humanos:

\_\_\_\_\_ (especificar quantidade de cada tipo de dente), declarando sob as penas da lei, que  
os dentes objeto da presente cessão, foram extraídos por indicação terapêutica, cujos históricos circunstanciados fazem  
parte dos prontuários dos pacientes de quem se originou e que se encontram arquivados sob minha responsabilidade. Estou  
ciente de que estes dentes serão utilizados para fins de ensino em treinamentos laboratorial pré-clínico desta instituição.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

*Assinatura do Paciente ou Cirurgião Dentista*