

TERMO DE CESSÃO DOS DENTES



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