

Universidade Federal de Minas Gerais
 Faculdade de Odontologia
 Bioanco de Dentes Humanos

**TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS
 POR CIRURGIÃO-DENTISTA**

Eu, _____ , Cirurgião-
 Dentista, inscrito no CRO _____ , com consultório situado na

 residente à _____ nº _____,
 bairro _____ , cidade _____ UF _____ telefone
 _____ , dão _____ dentes para o Biobanco de Dentes Humanos
 da FO – UFMG , declarando que o (s) mesmo (s) fazem parte de coleção particular, arquivados sob
 minha responsabilidade. Estou ciente de que este (s) dente (s) serão utilizado (s) para estudo,
 treinamento laboratorial ou pesquisa.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____ .

 Assinatura do cirurgião-dentista

 Testemunha