

**TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS  
PELA POPULAÇÃO EM GERAL**

Eu, \_\_\_\_\_ ,  
 RG \_\_\_\_\_, residente à  
 \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_,  
 complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade  
 \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_, dõo \_\_\_\_\_

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 doador

\_\_\_\_\_  
Testemunha