# TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES

Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP/UNICAMP

Declaro que doei _____ *(quantidade e tipo de dentes)* ao(s) pesquisador(es) _____ e _____, *(listar os nomes, caso seja para mais de um pesquisador, mas obrigatório constar o nome do pesquisador responsável – principal pela pesquisa)* a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada "_____". *(citar o nome como consta no projeto de pesquisa)*

Igualmente declaro que esses dentes foram extraídos previamente ao meu conhecimento da pesquisa supracitada, por indicação clínica e independente da mesma. Informo ainda que os dentes foram armazenados em frascos sem identificação individual, impedindo que se faça a ligação entre os elementos dentais e os indivíduos dos quais os dentes foram extraídos.

Local _____, __ de _____ de 202__

---

*(assinatura, nome e CRO do dentista que realizou as exodontias e doou os dentes)*

*(ATENÇÃO: APRESENTAR ESTE DOCUMENTO EM PAPEL TIMBRADO DO CONSULTÓRIO OU COM CARIMBO DO PROFISSIONAL LOGO ABAIXO DO CAMPO DA ASSINATURA. APÓS O PREENCHIMENTO, APAGAR TODAS AS INFORMAÇÕES QUE ESTÃO EM ITÁLICO E NA COR AZUL)*