TERMO A – Consentidor Livre

 Reservado ao Banco de Dentes – NÃO PREENCHER

NO de Registro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Facial

**TERMO DE CONCESSÃO DE DENTES HUMANOS (PACIENTE)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

portador (a) do RG. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

UF\_\_\_\_\_\_,CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aceito conceder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dente(s) para o Banco de Dentes Humanos, estando ciente de que o (s) mesmo (s) será (ão) utilizado (s) para estudo e treinamento pré-clínico.

Telefones para contato: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

AV. PROF. MORAES RÊGO, s/n – CID. UNIVERSITÁRIA – CEP: 50.670-901. FONE / FAX (81) 21268340 / 21268341

CGC Nº 24.134.488/0001-08 – RECIFE – PE. e-mail: bancodedentesufpe@hotmail.com