



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
BIOBANCO DE DENTES HUMANOS**



Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_  
nascido em \_\_/\_\_/\_\_, sexo ( )F ou ( )M, residente à (Rua, Avenida)  
\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro  
\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, CEP  
\_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_, estou ciente de que o(s) dente(s)  
abaixo foi (foram) extraído (s) por indicação terapêutica para a melhoria da minha saúde,  
como documento em meu prontuário.

Após ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas, concordo em  
doar de forma voluntária o(s) dente(s) humano(s) \_\_\_\_\_ para o Biobanco de dentes  
Humanos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, estando ciente de que  
estes dentes serão utilizados pelos alunos de graduação e/ou pós-graduação e por  
pesquisadores para estudo, tratamento laboratorial pré-clínico ou pesquisas.

Caso estes(s) dente(s) seja(m) utilizado(s) em pesquisa, esta deverá ter sido previamente  
aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOUSP, sendo preservada a minha identidade  
e divulgação.

Em tempo, para utilizar meus dados ou material biológico (dentes) em pesquisa, eu: ( ) NÃO  
quero ser consultado da utilização dos meus dados ou material biológico em pesquisas,  
desde que esta pesquisa seja aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ( ) SIM, quero ser  
consultado da utilização dos meus dados ou material biológico em pesquisas.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Assinatura do doador OU representante legal**