

Campo Limpo, ____ de _____ de _____

Aos Cuidados do Prof. Dr. _____

Coordenador do Curso de Odontologia

Unifaccamp

Ilmo. Sr. Prof. Dr. estou doando _____ (número de dentes/ossos/outros tecidos especificar), oriundos de cirurgias odontológicas/orofaciais, devidamente cadastrados e com Termo de Consentimento Esclarecido em meu consultório/hospital e que não foram solicitados pelos pacientes, nem serão encaminhados para análises anatomopatológicas, e que desta forma seriam descartados como resíduos biológicos.

Sabendo, que este material poderá ser importante para uso em estudos e pesquisas no Curso de Odontologia, eu Dr. (a) _____ registrado no Conselho Regional sob o número _____ como responsável técnico pelo Consultório/Clínica _____ localizada na cidade de _____ estado de _____ estou fazendo esta doação para fins acadêmicos.

Atenciosamente,

Dr. _____

Nome e Assinatura do Responsável Técnico pela Clínica/Consultório

Conselho Regional n. _____

Carimbo