**TERMO DE CESSÃO DE DENTES - Cirurgião-dentista**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cirurgião-dentista, inscrito no CRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com consultório situado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cedo o(s) \_\_\_\_\_\_\_dente(s) permanente(s)/\_\_\_\_\_\_\_ dente(s) decíduo(s) para o desenvolvimento da pesquisa *(título da pesquisa)*, de autoria de *(nome do pesquisador)*, sob orientação do Prof. Dr. *(nome completo do orientador),* declarando que este(s) dente(s) foi(ram) extraído(s) por indicação terapêutica, cujos históricos fazem parte dos prontuários dos pacientes de quem se originam, arquivados sob minha responsabilidade. Estou ciente de que o(s) dente(s) será(ão) utilizado(s) para a referida pesquisa a qual deverá ter sido previamente aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa, sendo preservada minha identidade na divulgação do trabalho.

DECLARO, cumprir as exigências contidas na Resolução 466/12.

Local, data e ano.

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

Nome/Assinatura do cirurgião-dentista