

**APÊNDICE A (Destinado ao cirurgião-dentista)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BANCO DE DENTES HUMANOS**

**BANCO DE DENTES HUMANOS  
TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Cirurgião- Dentista, inscrito no CRO \_\_\_\_\_ , com consultório situado na  
\_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
bairro \_\_\_\_\_ , cidade \_\_\_\_\_  
UF \_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_ , doo \_\_\_\_\_ dentes  
para o Banco de Dentes Humanos do Curso de Odontologia da UFPB, declarando que  
o(s) mesmo(s) foram extraídos por indicação terapêutica, cujos históricos fazem parte  
dos prontuários dos pacientes, arquivados sob minha responsabilidade. Estou ciente de  
que este(s) dente(s) serão utilizado(s) para estudo ou para pesquisas científicas.

João Pessoa , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**APÊNDICE B (Destinado aos coordenadores das clínicas)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BANCO DE DENTES HUMANOS**

**BANCO DE DENTES HUMANOS  
TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
professor e coordenador da Clínica \_\_\_\_\_,  
dôo \_\_\_\_\_ dentes para o Banco de Dentes Humanos do Curso de Odontologia  
da UFPB, declarando que o(s) mesmo(s) foram extraídos por indicação terapêutica,  
cujos históricos fazem parte dos prontuários dos pacientes arquivados na disciplina.  
Estou ciente de que este(s) dente(s) serão utilizado(s) para estudo ou para pesquisas  
científicas.

João Pessoa , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**APÊNDICE C (Destinado a alguma pessoa que possua estoque de dentes)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BANCO DE DENTES HUMANOS**

**BANCO DE DENTES HUMANOS  
TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS**

Eu, \_\_\_\_\_  
R.G. nº \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
dôo \_\_\_\_\_ dentes para o Banco de Dentes Humanos do Curso de Odontologia da UFPB declarando que estes dentes foram extraídos por indicação de um cirurgião-dentista. Estou ciente de que estes dentes serão utilizados para a realização de pesquisas previamente aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa ou em atividades didáticas no processo de ensino-aprendizagem da Odontologia.  
Origem dos dentes: \_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Doador

**APÊNDICE D (Destinado aos pacientes)**



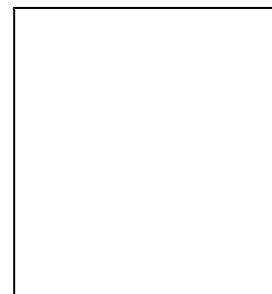
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BANCO DE DENTES HUMANOS**

**BANCO DE DENTES HUMANOS  
TERMO DE DOAÇÃO DE DENTES HUMANOS**

Eu, \_\_\_\_\_  
R.G. nº \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
dôo o elemento dentário \_\_\_\_\_ para o Banco de Dentes Humanos do Curso de  
Odontologia da UFPB declarando que estes dentes foram extraídos após correta  
indicação do cirurgião-dentista \_\_\_\_\_, CRO \_\_\_\_\_.  
Estou ciente de que estes dentes serão utilizados para a realização de pesquisas ou em  
atividades de ensino da Odontologia.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Doador



**APÊNDICE E (Destinado ao arquivo do BDH)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BANCO DE DENTES HUMANOS**

**BANCO DE DENTES HUMANOS  
CADASTRO DE DOADOR  
Profissionais, acadêmicos e outros**

Favor preencher todos os dados com letra legível

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

RG. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

TITULAÇÃO: \_\_\_\_\_

CONTATOS:

E-MAIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMERCIAL: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TEL.COM.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TEL.RES.: \_\_\_\_\_

DOAÇÕES:

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE F (Destinado as disciplinas)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BANCO DE DENTES HUMANOS**

**FICHA CADASTRAL**

Favor preencher todos os dados com letra legível

Nº \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

TEL.RES.: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CONSULT: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

( ) Graduação – Turma atual: \_\_\_\_\_

( ) Pós- graduação – Departamento: \_\_\_\_\_

( ) Especialização – Área : \_\_\_\_\_

( ) Outro – especificar: \_\_\_\_\_

Observações pertinentes ao BDH:

\_\_\_\_\_

**DENTES EMPRESTADOS:**

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

**DENTES DEVOLVIDOS:**

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

**DENTES DOADOS**

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DENTES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

APÊNDICE G (Destinado ao Comitê de Ética)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**BANCO DE DENTES HUMANOS**

DECLARAÇÃO DO BANCO DE DENTES HUMANOS  
AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa:

O Banco de Dentes Humanos declara que fornecerá \_\_\_\_\_  
dentes necessários à pesquisa de \_\_\_\_\_

intitulada “ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_”

Aluno: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

Obs.: Os dentes só serão liberados após vossa aprovação.

\_\_\_\_\_  
Coordenador Geral

