



IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome: _____ RG/CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Contato: (____) _____ Email: _____

Curso:

() Acadêmico graduação – semestre atual: _____ Ano: _____

() Pós-graduação (mestrado ou doutorado) – Departamento: _____

() Especialização – Área: _____

() Docente – Disciplina: _____

DECLARAÇÃO DE RETIRADA DE DENTES

Eu, _____ qualificado como _____ (graduando, cirurgião-dentista, especialista, mestrando, doutorando ou professor) da Faculdade de _____ da Universidade _____, declaro ter recebido do Banco de Dentes Humanos (BDH) da Faculdade de Odontologia Prof. Albino Coimbra Filho (Faodo)/UFMS, _____ dente(s) _____ (decíduos ou permanentes) _____ (anteriores, pré-molares ou molares), para fins _____ (laboratoriais, científicos ou didáticos).

Campo Grande, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do solicitante

Assinatura técnico-administrativo responsável