



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - DOAÇÃO DE DENTE(S) HUMANO(S)

Eu, _____ (nome completo do(a) paciente), portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a possibilidade de doar o(s) dente(s) extraído(s) durante meu atendimento odontológico ao Banco de Dentes Humanos - BDH da Faculdade de Odontologia (Faodo)/UFMS.

Declaro que autorizo, de forma livre, voluntária e gratuita, a doação do(s) meu(s) dente(s) extraído(s) ao Banco de Dentes Humanos - BDH da Faculdade de Odontologia (Faodo)/UFMS. Estou ciente de que o(s) dente(s) doado(s) poderá(ão) ser utilizado(s) em atividades de ensino, treinamento laboratorial e pré-clínico, atividades de extensão, quando compatíveis com a finalidade do Banco de Dentes, e pesquisa científica, quando aplicável.

Fui informado(a) de que a minha decisão de doar ou não doar não interfere no meu atendimento, tratamento, acompanhamento ou vínculo com a instituição. Também fui informado(a) de que meus dados pessoais e informações relacionadas à doação serão tratados com sigilo e confidencialidade, de acordo com as normas institucionais e com a legislação aplicável.

Declaro que recebi explicações claras sobre esta doação, tive oportunidade de fazer perguntas e estou de acordo com a doação do material.

_____, ____ de _____ de 20____.

Local e data

Nome completo do paciente

Nome completo do cirurgião-dentista