**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR O BANCO DE DENTES DA UNIP**

Eu, Prof. Dr. Paschoal Laércio Armonia, Diretor do Instituto de Ciências da Saúde – ICS, autorizo o(a) pesquisador(a) principal  C.D.      , CRO      , RG       a utilizar       do Banco de Dentes da Universidade Paulista – UNIP, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada  e de futuras publicações em jornais e revistas do país e do exterior.

Atenciosamente,

     ,      de      de      .

(*local, data*)

|  |
| --- |
|  |
| Dr. Paschoal Laércio Armonia |
| Responsável pelo Banco de Dentes – UNIP  Diretor do ICS |

Este termo só terá validade com o de acordo do orientador e dos alunos envolvidos deste projeto de pesquisa.