



DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE VONTADE DE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE
CORPOS/MEMBROS POR TERCEIROS PARA ESTUDO ANATÔMICO**

Eu, _____
(nacionalidade) _____, (naturalidade) _____
(estado civil) _____, (profissão) _____,
residente e domiciliado à _____,
portador da cédula de identidade n°. _____, CPF
n°. _____, declaro para os devidos fins de direito, na forma que
permite a Lei nº 010.406-2002 em seu artigo 14 do Código Civil brasileiro: “é válida,
com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou
em parte para depois da morte. O ato de disposição pode ser livremente revogado a
qualquer tempo”, que pelo instrumento particular e respeitando a vontade explicitada
verbalmente, em vida, a doação de corpo/membro de
_____ (nome da pessoa),
_____ (grau de parentesco), RG _____,
CPF _____ ao Departamento de Morfologia do Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, localizado a Avenida
Marechal Rondon, s / n - Jd. Rosa Elze, São Cristóvão - SE, 49100-000 para que o mesmo
venha auxiliar na formação profissional do corpo discente e servir aos justos e devidos
objetivos estudos da Anatomia Humana.

São Cristóvão, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável pela doação (reconhecida em cartório)