



DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE DESEJO EXPRESSO E CONSENTIMENTO E
TESTEMUNHO DE DOAÇÃO DE CORPOS PARA FINS ACADÊMICOS**

Eu, _____,
(nacionalidade) _____, (naturalidade) _____, portador
(a) do RG nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº
_____, exercente da profissão _____,
(estado civil) _____, residente e domiciliado à _____
_____, nº _____,
bairro _____, CEP _____, cidade _____, estado
_____, declaro para os devidos fins de direito, na forma que permite a
Lei nº 10.406-2002, 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.*”, e em pleno domínio das minhas faculdades físicas e mentais, que através deste documento, devidamente assinado e firma reconhecida por mim e testemunhas, realizo por livre e espontânea vontade a doação do meu corpo, após minha morte, ao Departamento de Morfologia da Universidade Federal de Sergipe, localizado na Av. Marechal Rondon, s / n - Jd. Rosa Elze, São Cristóvão - SE, CEP 49100-000, para fins acadêmicos, contribuindo, assim, para o estudo das disciplinas de anatomia e, por conseguinte, para a formação profissional na área de saúde.

São Cristóvão, _____ de _____ de 20_____.

NOME DO DOADOR

ASSINATURA DO DOADOR

NOME DA TESTEMUNHA 1

GRAU DE PARENTESCO

ASSINATURA

NOME DA TESTEMUNHA 2

GRAU DE PARENTESCO

ASSINATURA

NOME DA TESTEMUNHA 3

GRAU DE PARENTESCO

ASSINATURA