



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