



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA

**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 de _____,
(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. Marcelo Deda Chagas, s/n, Bairro Rosa Elze, São Cristóvão-SE, 49107-230, para
fins acadêmicos, contribuindo, assim, para o estudo das disciplinas de anatomia e, por
consequente, para a formação profissional na área da saúde.

São Cristóvão, _____, de _____ de _____.

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