



TERMO DE DECLARAÇÃO DE VONTADE E TESTEMUNHO DE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE CORPO PARA ESTUDO E PESQUISA EM ANATOMIA

Eu, _____
(nacionalidade) _____, (naturalidade) _____
(estado civil) _____, casado
com _____,
_____ (profissão),
residente e domiciliado à _____

_____ bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____, portador da cédula de identidade nº _____

Órgão expedidor _____, CPF nº _____,

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, devidamente assinado e firma reconhecida por mim e testemunhas; e nas minhas normais atividades físicas e mentais, faço por livre e espontânea vontade a doação do meu corpo (ou parte dele) ao Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Alfenas, localizado à Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro – Alfenas – MG, para que o mesmo venha auxiliar na formação profissional do corpo discente e servir aos justos e devidos objetivos do estudo e da pesquisa em Anatomia Humana.

Alfenas, ____ de _____ de 20____.

Nome do doador

Assinatura do doador

Testemunha

Assinatura da testemunha

Testemunha

Assinatura da testemunha