

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE DECLARAÇÃO DE VONTADE E TESTEMUNHO DE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE CORPO PARA ESTUDO ANATÔMICO

Eu, _____ (nacionalidade) _____, (naturalidade) _____ (estado civil) _____, (profissão) _____, casado(a) com _____ residente e domiciliado à _____, bairro: _____ Cep: _____ cidade: _____, Estado: _____, portador da cédula de identidade nº. _____, 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 de meu corpo ao Departamento de Anatomia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo, localizado a Avenida Professor Lineu Prestes, 2415, Butantã- São Paulo-SP; para que o mesmo venha auxiliar na formação profissional do corpo discente e servir aos justos e devidos objetivos estudos da Anatomia Humana.

A Universidade NÃO retira o corpo e a efetivação da doação é dependente da comunicação dos familiares com a universidade.

A Universidade não poderá aceitar doação de corpos de indivíduos com doenças infecto-contagiosas e ligados a mortes violentas, incluindo suicídio.

Na ocasião da ocorrência do óbito, a Universidade se reserva ao direito de avaliar se poderá de fato receber o corpo, em vista da capacidade física do setor.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Nome do doador

Assinatura do doador (reconhecida em cartório)

Testemunha	Grau de Parentesco (pais, filhos, cônjuges, irmãos)	Nome legível	Assinatura (reconhecida em cartório)
Testemunha 1			
Testemunha 2			
Testemunha 3			