

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE VONTADE DE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE CORPOS/MEMBROS POR TERCEIROS PARA ESTUDO ANATÔMICO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_(nacionalidade) \_\_\_\_\_,  
(naturalidade) \_\_\_\_\_ (estado civil) \_\_\_\_\_,  
(profissão) \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº. \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_,  
na forma que permite o artigo 14 do Código Civil Brasileiro, por meio deste instrumento particular, em respeito à vontade explicitada verbalmente em vida pelo *de cujus*, bem como a não oposição de nenhum familiar, **PROCEDO A DOAÇÃO DE CORPO/MEMBRO** de \_\_\_\_\_ (nome da pessoa) \_\_\_\_\_ (grau de parentesco), portador da cédula de identidade nº. \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_, falecido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, com causa mortis de \_\_\_\_\_, ao Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina de Jundiaí, localizada a Rua Francisco Telles, nº 250, Vila Arens, Jundiaí – SP, para que o mesmo venha auxiliar na formação profissional do corpo discente e servir aos justos e devidos objetivos de estudos da Anatomia Humana. Declaro estar, ainda, ciente que a concretização desta doação dependerá da avaliação das condições do corpo objeto de doação, por profissional especializado da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Jundiaí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do responsável pela doação – reconhecida em cartório)

Testemunha 1

Testemunha 2

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome:

Nome:

RG:

RG: