

TERMO DE DOAÇÃO

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu _____
_____, nascido(a) na cidade de _____
_____ em ____ de _____ de _____, residente à rua
_____ número _____, bairro de
_____ na cidade de _____, telefones (próprio e de um familiar)
_____ portador(a) da cédula de identidade RG nº
_____ emitida por _____ e inscrito(a) no CPF/MF sob o número
_____, no pleno gozo de minhas faculdades mentais autorizo a
doação de meu corpo em favor da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP), Departamento de Morfologia e Genética, Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica,
instituição de ensino situada à rua Botucatu, 740 – Vila Clementino – São Paulo/SP, devendo ser
destinado única e exclusivamente para fins de estudo e pesquisa científica nos termos da Lei nº 8.501/92,
de 30 de novembro de 1992 e 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Art. 14).

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Doador: Nome

Assinatura

Testemunha: Nome

Assinatura

Testemunha: Nome

Assinatura

- Firma reconhecida (somente do doador)
- Registro em cartório (opcional)
- 2 cópias: uma para a Instituição e outra para a família e/ou doador

Contato: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Departamento de Morfologia e Genética
Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica - Edifício Leitão da Cunha (térreo)
Rua Botucatu, 740 – Vila Clementino - 04023-900– São Paulo – SP – Brasil –
Telefone: (11) 5576-4848 - VoIP 1391

Professor Marcelo Cavenaghi Pereira da Silva
Professor Eduardo Cotecchia Ribeiro
Professor Luis Otavio Carvalho de Moraes

(11) 9 8257-6082
(11) 9 5484-0801
(11) 9 5656-1979