



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

TERMO DE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE ÓRGÃOS E RESTOS MORTAIS

Eu, _____, nacional de _____, estado civil _____, profissão _____, residente e domiciliado à _____, portador da cédula de identidade nº. _____ expedida por _____ em ____/____/_____, CPF nº. _____, afirmo que gozo de minhas faculdades mentais e por livre e espontânea vontade, manifesto neste ato o desejo de doar todos os órgãos do meu corpo, e demais restos mortais após diagnosticada e confirmada minha morte encefálica, para fins de ensino e pesquisa (nos termos do art. 14 do Código Civil Brasileiro) em favor da UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA – UNIPAMPA (Campus Uruguaiana).

Desta forma, autorizo e solicito que após meu falecimento meu corpo seja encaminhado para a Instituição de Ensino da UNIPAMPA (Campus Uruguaiana), a fim de que possa ser utilizado no auxílio da formação profissional do corpo discente. Por ser a presente declaração a expressão de minha vontade, subscrevo-me assistido (a) por testemunhas.

Uruguaiana / RS, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Doador Voluntário e firma reconhecida

Testemunhas	Grau de parentesco	Nome legível	Assinatura e firma Reconhecida
Testemunha 1			
Testemunha 2			