



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO BIOMÉDICO  
DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA

TERMO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E RESTOS MORTAIS

Eu, \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida por \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à rua \_\_\_\_\_, nº: \_\_\_\_\_, complemento: \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_, Estado: RJ; no pleno gozo de minhas faculdades mentais e na forma do que dispõe a Lei nº 9489 de 18 de novembro de 1992, declaro para fins de direito o que segue:

Diagnosticada minha morte encefálica, desejo que todos os órgãos do meu corpo e demais restos mortais sejam utilizados para pesquisas ou estudos junto à UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF.

Desta forma, diagnosticado o referido falecimento cerebral, autorizo e solicito que meus órgãos e demais restos mortais sejam encaminhados à referida Instituição de Ensino, a fim de que possam ser utilizados no auxílio da formação profissional do corpo discente da UFF. Estou ciente que a universidade aceitará apenas corpos de doadores domiciliados no Rio de Janeiro e Região Metropolitana e cujo óbito tenha ocorrido nestes locais. Além disso, não serão aceitos corpos que apresentem peso igual ou superior a 100 kg ou cuja causa do óbito seja morte violenta ou doenças infectocontagiosas.

Declaro estar ciente que meus familiares não terão acesso ao corpo após a doação efetivada e que todas as despesas com transporte e exumação serão custeadas por eles.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do Doador