



**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