



TERMO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E RESTOS MORTAIS

Eu, _____
_____, _____(nacionalidade),
_____(estado civil), _____(profissão),
_____(profissão), residente e domiciliado à
_____, portador da cédula de
identidade nº. _____ expedida por _____
em ___/___/___, CPF nº. _____, no pleno gozo de minha
autonomia plena e na forma do que dispõe a Lei nº 8489 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 DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS).

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 UFMS.

Campo Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Doador

Na ocorrência do falecimento do doador, entrar em contato com a UFMS pelo telefone 3345 3532 ou pelo celular 67 99620 2901.