



## TERMO DE TESTEMUNHO À DECLARAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E RESTOS MORTAIS

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), \_\_\_\_\_ (profissão), residente e domiciliado à \_\_\_\_\_

portador da cédula de identidade n \_\_\_\_\_ expedida por \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, CPF n \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_ (grau de parentesco) do(a) doador(a), Sr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, sirvo-me da presente para ratificar os termos constantes da DECLARAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E RESTOS MORTAIS À UFMS, firmada pelo(a) doador(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, documento sobre o qual declaro deter pleno conhecimento de seu teor.

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do familiar do doador ou representante legal