



PROGRAMA DE  
DOAÇÃO DE CORPOS  
DA UNISC

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC  
DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA  
LABORATÓRIO DE ANATOMIA HUMANA**

**TERMO DE DOAÇÃO DO CORPO - PESSOAL**

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de Direito, eu, \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado do \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade nº. \_\_\_\_\_ expedida por \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob nº. \_\_\_\_\_, no pleno gozo de minhas faculdades mentais e por livre e espontânea vontade, manifesto neste ato minha vontade de DOAR MEU CORPO após meu falecimento para a Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, para fins de ensino e pesquisa, nos termos do art. 14 do Código Civil Brasileiro e da Lei 8.501 de 30 de novembro de 1992.

Por ser o presente termo a legítima expressão de minha vontade, subscrevo-me na presença das testemunhas.

Santa Cruz do Sul, RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Doador

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
Nome:

CPF:

\_\_\_\_\_  
Nome:

CPF:

Após falecimento, contatar a Universidade pelos fones:

Lab. Anatomia Humana: 3717-7610 ou 3717-7642 (Segunda à Sexta das 7:30 às 22:30)

Plantão: 51 99994-8596 (ou 51 8601-1976)