**­­­­­­TERMO DE DECLARAÇÃO DE DOAÇÃO DE CORPO HUMANO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA.**

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

Brasileiro, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente

(estado civil) (profissão)

e domiciliado à Rua/Av. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida por \_\_\_\_\_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no pleno gozo de minhas faculdades mentais, na forma de que dispõe a (lei nº 8.489/92), e nos termos da (lei nº 8.501/92), 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 **FUNDAÇÃO** **UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO.**

Desta forma, diagnosticado o referido falecimento cerebral, autorizo e solicito que meus órgãos e demais restos mortais sejam encaminhados à referida Instituição de Ensino, para atividades de ensino, pesquisa e extensão desta Instituição.

Passo Fundo/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Doador