

CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ- CURSO DE MEDICINA
TERMO DE RESTOS MORTAIS

Eu, _____
_____, (naturalidade) _____, (estado civil)
_____, (profissão) _____, residente e
domiciliado à _____,
bairro _____, CEP _____, portador da Cédula de Identidade (RG)
nº _____, expedida por _____, em __/__/____, inscrito no CPF sob
nº _____, no pleno exercício de minhas faculdades mentais e na forma do
permitido pelo artigo 14 da Lei 10.406/2002 (Código Civil Brasileiro), através deste
instrumento assinado na presença de duas testemunhas e devidamente reconhecido
em cartório, declaro minha vontade de que, diagnosticada minha morte encefálica, meus
restos mortais sejam doados ao CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ de
Ribeirão Preto – SP, para que seja utilizado como objeto para estudos e/ou pesquisas
sobre a anatomia humana a serem desenvolvidos pelo curso de Medicina, auxiliando na
formação profissional do corpo discente da Instituição.

Informamos que o Centro Universitário não receberá corpos acometidos por doenças
infectocontagiosas, bem como relacionados a mortes violentas e suicídio.

O Centro Universitário Barão de Mauá se reserva o direito de, à época do falecimento,
avaliar se poderá de fato receber o corpo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Doador (reconhecer firma em cartório)

Testemunhas: (reconhecer firma em cartório)

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

EM CASO DE DÚVIDAS OU FALECIMENTO DO DOADOR, CONTATAR A FACULDADE

WhatsApp: (16) 99765-4976

Telefone: (16)3603-6600 / 0800 180 35 66

E-mail: vidaqueensina@baraodemaua.br