

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ- CURSO DE MEDICINA**  
**TERMO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E RESTOS MORTAIS POR RESPONSÁVEL**

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 \_\_\_\_\_, na qualidade de (grau de parentesco) \_\_\_\_\_ do(a)  
falecido(a) Sr(a). \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, em atenção  
ao disposto pelo Artigo 14 da Lei 10.406/2002 (Código Civil) e conforme a vontade  
explicitada verbalmente pelo(a) falecido(a) em vida, realizo, por meio deste instrumento  
a doação do corpo ou dos restos mortais do(a) falecido(a) 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.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável (reconhecer firma em cartório por autenticidade)

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**