



**ANEXO IV - Termo de Intenção de Doação de Corpo, Órgãos ou Parte do Corpo pela Família para Fins de Estudo e Pesquisa** (Preencher em letras de forma ou digitar)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo do doador), brasileiro (a), natural de \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ bairro: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, expedido pela \_\_\_\_\_ (nome do órgão expedidor), CPF nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que, em comum acordo com outros familiares abaixo assinados, e na condição de \_\_\_\_\_ (especificar o grau de parentesco para com o corpo doado), desejo fazer a **DOAÇÃO ESPONTÂNEA DE CORPO, ÓRGÃOS OU PARTE DO CORPO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA** de meu familiar \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_, falecido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, conforme Declaração de Óbito em anexo, onde consta como causa básica do óbito uma doença ou estado mórbido.

Autorizo a doação de: ( ) corpo ( ) órgãos ou partes do corpo (Especificar: _____) para fins de estudo e pesquisa, ao Departamento de Morfologia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus I, conforme previsto no Art. 12 do Código Civil, pela Lei nº 10.406/2002: (“Art. 12. <i>Pode-se exigir que cesse a ameaça, ou a lesão, a direito da personalidade, e reclamar perdas e danos, sem prejuízo de outras sanções previstas em lei. Parágrafo único. Em se tratando de morto, terá legitimação para requerer a medida prevista neste artigo o cônjuge sobrevivente, ou qualquer parente em linha reta, ou colateral até o quarto grau</i> ”).
Declaro que a doação do corpo é: ( ) por tempo indeterminado e que, findo o estudo, a UFPB poderá providenciar a destinação final do corpo ou partes do corpo, conforme minha vontade expressa neste documento. ( ) por período determinado de 5 anos, quando ao final do período, a família ficará responsável pela destinação do corpo e averbação do assento na Certidão de Óbito.
Declaro, ainda, que: ( ) concordo ( ) não concordo, com a exposição do corpo, ou parte dele, em Museu de Anatomia com finalidade acadêmica em projetos de ensino, pesquisa ou extensão, respeitando-se todas as considerações éticas previstas na Resolução nº 466/2012 e o Art. 212 do Código Penal Brasileiro.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do familiar responsável pela doação do corpo\*

	Testemunha 1	Testemunha 2
Assinatura*		
Nome legível		
Parentesco**		
RG		
CPF		
Uso do Cartório		

\* Todas as firmas devem ser reconhecidas em cartório. \*\*Parentesco: preferencialmente filhos, cônjuge, irmãos, netos, pais. Anexar cópia autenticada da Declaração de Óbito e cópia simples do RG do responsável pela doação do corpo.