

# FORMULÁRIO DE DOAÇÃO DO CORPO

Eu, \_\_\_\_\_,  
com a idade de \_\_\_\_ anos, com o B.I./CC n.º \_\_\_\_\_, emitido por  
\_\_\_\_\_, (ou Passaporte n.º \_\_\_\_\_, emitido por  
\_\_\_\_\_), natural de \_\_\_\_\_, Concelho de \_\_\_\_\_,  
Distrito de \_\_\_\_\_, com Nacionalidade \_\_\_\_\_, residente em  
\_\_\_\_\_,  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, declaro que:

1. Dou o meu corpo para, após a minha morte, ser utilizado no Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com destino ao ensino e à investigação.

## Assinatura

2. Consinto que o meu corpo, depois da morte, possa ser trasladado para outra Faculdade de Medicina de Portugal, se assim o decidir a Faculdade a que faço a doação (assinale a sua vontade):

SIM  NÃO

3. Uma vez completado o estudo anatómico, gostaria que os restos mortais sejam (assinale o seu desejo):

Cremados  Enterrados

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nota: Informar-se-ão desta decisão os familiares e/ou o centro de Saúde em caso de hospitalização, os quais ficam encarregados de avisar, imediatamente após o falecimento, o Instituto da Faculdade a que tenha sido feita a doação

**Depois de preenchida, conserve uma cópia desta declaração.**

*Solicitamos que o original seja enviado para o Director do Instituto de Anatomia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Av. Prof. Egas Moniz, 1649-028 Lisboa.*