

## DEPARTAMENTO DE ANATOMIA

### DOAÇÃO DO CORPO À FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Nome \_\_\_\_\_,  
nascido a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, na Freguesia de \_\_\_\_\_,  
Concelho de \_\_\_\_\_,  
Distrito de \_\_\_\_\_,  
Residente em \_\_\_\_\_,  
(código postal) \_\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, Telefone \_\_\_\_\_,  
portador do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão \_\_\_\_\_  
válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Email \_\_\_\_\_, declara desejar  
que o seu cadáver seja entregue à Faculdade de Medicina do Porto para  
estudo anatómico no espírito filantrópico consignado nos termos da lei,  
designadamente o Decreto-Lei nº274/99 de 22 de Julho de 1999. Mais declara  
que findo o estudo deseja que o seu corpo seja cremado consoante a sua  
vontade expressa no presente documento.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Assinatura conforme BI/Cartão de Cidadão) \_\_\_\_\_

#### **NÃO PREENCHER PELO DADOR:**

Email do Familiar: \_\_\_\_\_

#### ***Anexar fotocópia do Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão***

#### **Notas : Após preenchida, a norma deverá ser enviada para:**

Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina do Porto  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4200-319 PORTO

#### **Em caso de morte do doador devem contactar:**

Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina do Porto.

- **Telefone: 22 551 36 16 (Seg.-Sex. das 9.00h-17.00h)**
- **Tlm: 91 631 85 18 (Fim de semana e períodos fora do horário laboral)**