

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 FORMULÁRIO DE DADOS PESSOAIS

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)**



Departamento de Biomedicina
Unidade de Anatomia
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
4200-319 Porto

FORMULÁRIO DE DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M F

N.º do documento de identificação: _____ Dígitos de controlo (4 algarismos): _____

Data de validade do documento de identificação: ____/____/____

Filiação:

N.º Identificação Fiscal: _____ N.º Segurança Social/CGA: _____

N.º Utente de Saúde: _____ Nacionalidade: _____

_____/_____/____

Assinatura _____