

GABINETE DE DOAÇÃO DE CADÁVERES DA NMS|FCM

DECLARAÇÃO DE DOAÇÃO - _____

Eu, _____, nascido(a)
a ___/___/___, portador(a) do Cartão de Cidadão n.º _____, residente em
(morada completa) _____,
declaro que é minha vontade doar o corpo ao Departamento de Anatomia da NOVA
Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, para
fins de estudos médicos e científicos, conforme disposto no Decreto-Lei n.º 274/99, de 22
de julho. Adicionalmente, declaro que não seja realizada autópsia, salvo em situações
legalmente obrigatórias e que os meus restos mortais sejam cremados após a conclusão
dos estudos científicos.

Telefone: _____

E-mail: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Nota: Contactos a efetuar após morte:

de 2ª a 6ª feira – Departamento de Anatomia da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, pelo telefone: 218803039 das 9h às 16h.

aos sábados, domingos e feriados – Agência Funerária Boa-Hora, pelos telefones 213639153 ou 213639165 24h sob 24h.