

# DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
de nacionalidade \_\_\_\_\_, nascido(a) aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na  
Cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, filho do  
Sr. \_\_\_\_\_ e da Sra.  
\_\_\_\_\_, residente  
à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado de  
São Paulo, portador do documento de identidade nº  
\_\_\_\_\_, expedido pela  
\_\_\_\_\_, em  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Cidade de \_\_\_\_\_, Estado de  
\_\_\_\_\_, no perfeito uso e gozo de minhas faculdades mentais e  
inteiramente livre de qualquer induzimento ou coação, DECLARO que desejo  
doar meus restos mortais a uma Escola de Medicina, sendo neste Município  
à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_