**LABORATÓRIO DE MEDICINA VETERINÁRIA**

**TERMO DE DOAÇÃO**

Eu, CPF: residente no endereço , responsável legal pelo animal abaixo descrito, tendo autoridade/responsabilidade para dar destino adequado aos restos mortais, expresso, por meio deste termo, o meu desejo em doá-lo incondicionalmente e de forma definitiva ao Laboratório de Medicina Veterinária da Universidade Potiguar – UnP, campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para uso exclusivo em atividades de ensino, pesquisa e extensão, ou descarte adequado, caso o material não possa mais ser utilizado para estas atividades.

Espécie: Raça: porte:

Sexo: ( ) macho ( ) fêmea / ( ) inteiro ( ) castrado

Dados do Médico(a) Veterinário(a) responsável pelo laudo do óbito do animal:

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRMV:

Causa do óbito:

Obs.:

 Sem qualquer ônus para as partes, renuncio à propriedade, direitos e posse sobre o objeto da doação, em conformidade às Leis e normativas vigentes no país.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Cidade dia e mês ano

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Doador (a)CPF: |  | TestemunhaCPF: |
|  |  |  |
|  | Representante da UnP:CPF: |  |