



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA DOAÇÃO DO CORPO PELO  
DOADOR AO DEPARTAMENTO DE ANATOMIA DA UNIFAL-MG**

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

	Sim	Não
1. Eu li e compreendi as informações sobre Doação do Corpo para O Departamento de Anatomia, ficando de posse de uma cópia dela. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas sobre a doação.		
2. Eu concordo em doar todo meu corpo, ou parte dele, para pesquisa e ensino. Eu entendi que doar o corpo é uma decisão pessoal e que eu tenho liberdade de retirar meu consentimento para doação em qualquer momento, sem ser necessário nenhum motivo específico para isto.		
3. Eu concordo na doação do meu corpo e sua utilização para:		
a. pesquisa médica na UNIFAL-MG;		
b. pesquisa em colaboração com outros departamentos e instituições acadêmicas no Brasil e no exterior;		
c. educação médica e científica;		
d. Fazer parte do acervo de peças do museu de Anatomia da UNIFAL-MG.		
4. Eu concordo que membros da equipe do Programa de Doação de Corpos da UNIFAL-MG tenham acesso às minhas informações médicas (todas as informações serão confidenciais).		
5. Eu concordo que as minhas informações sejam armazenadas em um banco de dados sob a guarda da UNIFAL-MG.		
6. Eu entendo que os resultados das pesquisas se e quando forem publicados, serão anônimos.		
7. Eu entendo e concordo que, assim como meus familiares, não terei nenhum benefício financeiro nem com esta doação, nem com as pesquisas utilizando o corpo doado.		
8. Eu concordo que toda a decisão sobre a utilização futura do corpo doado seja feita pelos coordenadores do Programa de Doação de Corpos do Departamento de Anatomia da UNIFAL-MG que serão responsáveis legais pelo corpo e procederão de acordo com as normas vigentes sobre doação e armazenamento de material biológico.		

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

\_\_\_\_\_  
Nome do doador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do doador

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha