



FORMULÁRIO DE REGISTRO DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE CORPO PARA ESTUDOS ANATÔMICOS

Para uso da secretaria do departamento:

Nº: _____ Data: _____

Idade ao efetivar a doação: _____

Permite ser identificado: Sim Não

Nome completo: _____

Sexo: feminino masculino

Estado Civil: _____

Cor: branca parda preta indígena amarela

Data de Nascimento: _____

Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____

RG: _____

CPF: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Telefone res: () _____

Telefone com: () _____

Telefone rec: () _____

Telefone cel: () _____

E-mail: _____

1) Qual a sua situação atual:

Ativo Desempregado Aposentado Em benefício

Outro. Qual? _____

2) Qual o seu maior grau de escolaridade:

Fundamental I (até a antiga quarta série)

Fundamental II (até a antiga oitava série)

Ensino Médio (até o antigo colegial)

Superior

Pós Graduação (especialização/mestrado/doutorado)



3) Como Ficou sabendo do nosso programa de doação de corpos?

Folder Site Cartaz Imprensa Médico Outro doador

Outro meio. Qual? _____

4) Qual(is) a(s) motivação(ões) para decidir em doar seu corpo para o estudo da Anatomia?

para contribuir para o avanço da educação na área da saúde

para ajudar o próximo a ser um profissional melhor qualificado

conheço a necessidade deste material nos laboratórios de Anatomia

sou contra enterro/cremação ou outros

serei útil mesmo após o meu falecimento

sou sozinho (a)/ não tenho parentes

em agradecimento à ciência

Outros: _____

5- Qual sua Religião?

Nenhuma Católica Espírita Evangélica Judaica Budista

Ateu Agnóstico Outra. Qual? _____

6) Tem alguma doença?

Não Sim. Se sim, informe:

Qual (is) doença (s)? _____

Há quanto tempo? _____

Medicamentos utilizados: _____

7) Realizou alguma cirurgia (partos, plásticas, odontológicas, oncológica...)?

Não Sim. Se sim, informe:

Qual (is) cirurgia (s)? _____

Qual região do corpo? _____

Quando foi (foram) realizada (s): _____



8) É fumante?

() Não () Sim. Se sim, informe há quanto tempo: _____

9) Foi fumante?

() Não () Sim. Se sim: Por quanto tempo fumou? _____.

Há quanto tempo parou de fumar? _____.

10) É etilista (você ingere bebida alcoólica)?

() diariamente () socialmente () nunca

11) Faz uso de medicamentos e/ou substâncias químicas frequentemente? (drogas, vitaminas, anabolizantes, analgésicos etc.)

Qual (is) medicamento (s)? _____

Por qual razão usa esta (s) substância (s)? _____

12) Qual sua faixa de renda mensal?

() Sem renda fixa

() Até 3 salários mínimos

() De 3 a 5 salários mínimos

() De 6 a 10 salários mínimos

() De 10 a 20 salários mínimos

() De 20 a 30 salários mínimos

() Mais de 30 salários mínimos