

**DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA DO CENTRO DE BIOCÊNCIAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

**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: _____

Religião: _____

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 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) Tem alguma doença? Não Sim. Se sim, informe:

Qual a doença?	Há quanto tempo?	Medicamentos utilizados?

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

- Não Sim. Se sim, informe:

Qual cirurgia?	Qual região do corpo?	Quando foi realizada (mês e ano)?

7) É fumante? () Não () Sim, informe há quanto tempo: _____

8) Foi fumante?

() Não () Sim. Se sim, por quanto tempo fumou? _____

9) É etilista? () diariamente () socialmente () nunca

10) Antecedentes familiares importantes:

Qual parente?	Qual a patologia?

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

Qual medicamento/substância?	Qual objetivo?

Parentes próximos:

1) Nome completo: _____

Está informado sobre sua intenção de doação de corpo: () Sim () Não

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Telefone res: (____) _____ Telefone com: (____) _____

Telefone rec: (____) _____ Telefone cel: (____) _____

E-mail: _____

2) Nome completo: _____

Está informado sobre sua intenção de doação de corpo: () Sim () Não

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Telefone res: (____) _____ Telefone com: (____) _____

Telefone rec: (____) _____ Telefone cel: (____) _____

E-mail: _____

3) Nome completo: _____

Está informado sobre sua intenção de doação de corpo: () Sim () Não

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Telefone res: (____) _____ Telefone com: (____) _____

Telefone rec: (____) _____ Telefone cel: (____) _____

E-mail: _____