

**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:

<b>Qual a doença?</b>	<b>Há quanto tempo?</b>	<b>Medicamentos utilizados?</b>

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

- Não  Sim. Se sim, informe:

<b>Qual cirurgia?</b>	<b>Qual região do corpo?</b>	<b>Quando foi realizada (mês e ano)?</b>

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: \_\_\_\_\_