

**DEPARTAMENTO DE ANATOMIA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS
BIOMÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

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

Qual 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. Se sim, informe há quanto tempo: _____

8) Foi fumante? Não Sim. Se sim: Por quanto tempo fumou? _____, há quanto tempo parou de fumar? _____.

9) É etilista? diariamente socialmente nunca

10) Antecedentes familiares importantes:

Qual parente?	Qual a patologia?

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

Qual medicamento/substância?	Qual o 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: _____

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: (____) _____

2) E-mail:

