



DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

**FORMULÁRIO DE REGISTRO DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE CORPOS
PARA FINS ACADÊMICOS**

Para uso da secretaria do departamento:

Nº: _____

Data: _____

Idade ao efetivar a doação: _____ anos, _____ meses.

Permite ser identificado:

() Sim: () Total

() Parcial (coloque um asterisco nos números que deseja divulgar)

() Não

I. DADOS PESSOAIS:

Nome completo:

Sexo: () feminino () masculino

Estado Civil: _____

Cor: () branca () parda () preta () indígena () amarela

Data de Nascimento: ____/____/____

Nacionalidade: _____ **Naturalidade:** _____

RG: _____

CPF: _____

Telefone res.: (____) _____

Telefone cel.: (____) _____

Email: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **CEP:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____

Religião: _____

Qual é o seu peso (kg): _____

II. PROFISSÃO E ESCOLARIDADE:

Profissão: _____

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)

III. OUTROS DADOS:

1. Como ficou sabendo do nosso programa de doação de corpos?

- Cartaz Médico Redes sociais Outro Doador Familiar
 Outro meio. Qual? _____

2. Qual(is) a(s) motivação(ões) que o (a) fez decidir doar seu corpo para o estudo da Anatomia?

- quero contribuir com a educação na área da saúde;
 gratidão ao atendimento recebido por médicos e outros profissionais da área da saúde;
 conheço/soube a necessidade desse material nos laboratórios de Anatomia;
 sou contra enterro/cremação ou outros;
 serei útil mesmo após o meu falecimento;
 não possuo familiares;
 em agradecimento à ciência;
 Outros: _____

3. É doador de órgãos? Sim Não.

Se sim, qual órgão: _____

4. Tem ou teve alguma doença? Não. Sim. Se sim, informe:

Qual doença?	Há quanto tempo?	Medicamentos utilizados?

5. Realizou alguma cirurgia (cesarianas, plásticas, cirurgias odontológicas, cirurgias oncológicas...)? Não Sim. Se sim, informe:

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

6. É fumante ou já foi fumante?

Não

Sim. Se sim, informe há quanto tempo: _____. Se já foi fumante há quanto tempo parou de fumar? _____.

7. Consume bebida alcoólica? diariamente socialmente nunca

8. Pratica atividade física? diariamente às vezes sou sedentário

9. Possui uma alimentação balanceada:

tenho uma alimentação saudável.

tento me alimentar de forma saudável, no entanto, na maioria das vezes, como qualquer lanche.

procuro sempre me alimentar com lanches.

10. Patologia de antecedentes familiares:

Grau de parentesco?	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: _____

Estado: _____

Telefone res.: () _____ Telefone cel.: () _____

Email: _____

2) Nome Completo:

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

Grau de parentesco: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____

Telefone res.: () _____ Telefone cel.: () _____

Email: _____

3) Nome Completo:

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

Grau de parentesco: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____

Telefone res.: () _____ Telefone cel.: () _____

Email: _____