



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO BIOMÉDICO  
DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA  
FORMULÁRIO DE REGISTRO DO DOADOR

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### 1. Dados Pessoais

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Cor: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Amarela

Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. Cel. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 2. Dados do Parente Próximo

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. Cel. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

3. Algum familiar seu é doador de corpo para este ou outro programa de doação?

( ) Não ( ) Sim ( ) Pai ( ) Mãe ( ) irmão (s) Quanto (s) ? \_\_\_ ( ) outro : \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO INFORMATIVO**

1. Como ficou sabendo do programa de doação de corpos? ( ) Folder      ( ) Site      ( ) Cartaz      ( ) Imprensa      ( ) Médico ( ) outro doador      ( ) amigo/familiar ( ) Outro meio. Qual? _____					
2. Qual seu peso? _____		3. Fumante? ( ) sim ( ) não 4. Alcoolismo? ( ) sim ( ) não			
5. Tem alguma doença? ( ) Pressão Alta      ( ) Diabetes      ( ) Cirros ( ) Doença renal crônica ( ) Doença do Coração      ( ) Lúpus ( ) Hepatite Crônica      ( ) Bronquite crônica      ( ) Pancreatite crônica ( ) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ( ) Tumor maligno em tratamento agora. Qual? _____ ( ) Tumor maligno no passado Qual? _____ ( ) Outra(s). Qual (is)? _____.					
6. Já realizou alguma cirurgia? ( ) sim ( ) não. Qual? _____ 7. J realizou algum transplante? ( ) sim ( ) não. De quê? _____					
8. Religião: ( ) Nenhuma ( ) Evangélica ( ) Budista ( ) Agnóstico ( ) Católica ( ) Espírita      ( ) Judaica ( ) Ateu ( ) Outra. Qual? _____					
9. Grau de Instrução: ( ) Nenhum      ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Médio completo ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Formação Técnica ( ) Ensino Superior completo ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Pós-Graduação ( ) Outro. Qual? _____					
10. Profissão que atuou? _____ 11. Situação Atual: ( ) Ativo (trabalha)      ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Em benefício      ( ) Outro. Qual? _____					
12. Faixa de Renda Mensal: ( ) Até 3 salários mínimos ( ) De 3 a 10 salários mínimos ( ) De 10 a 20 salário mínimo ( ) De 20 a 30 salários mínimo ( ) Mais de 30 salários mínimos ( ) Sem renda fixa					
13. Qual o principal motivo da doação? ( ) Não gostar da idéia de ser enterrado ou cremado ( ) Não possuir familiares ( ) Vontade de ajudar a sociedade e a ciência ( ) Não causar custo para a família ( ) Não gostar da idéia de ser enterrado ou cremado ( ) Não causar custo para a família ( ) Gratidão ao atendimento recebido por médicos e outros profissionais da área ( ) Outro. Qual?					
14. É doador de sangue? ( ) Não ( ) Sim 15. É doador de órgãos? ( ) Não ( ) Sim 16. Faz doação para entidades assistenciais? ( ) Não ( ) Sim 17. Qual a idade? _____					
OBS: _____ _____					