



PROGRAMA DE
DOAÇÃO DE CORPOS
DA UNISC

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC

FORMULÁRIO PARA DOAÇÃO DO CORPO AO LAB. ANATOMIA HUMANA

1. DADOS PESSOAIS DO DOADOR

Nome Completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Nacionalidade: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone Res.: (____) _____ Telefone Cel.: (____) _____

E-mail: _____ ; _____

2. DADOS PARENTE PRÓXIMO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone Res.: (____) _____ Telefone Cel.: (____) _____

E-mail: _____ ; _____

3. INFORMAÇÕES DO DOADOR (Caso concordes em preencher)

1 – Qual seu peso? _____

2 – Alcoolismo? Sim () Não () Quantos anos? _____

3 – Fumante? Sim () Não () Quantos anos? _____

4 - Tem alguma doença?

() Pressão Alta () Diabetes () Doença renal crônica (rins)

() Doença do Coração () Hepatite Crônica () Cirrose

() Enfisema pulmonar () Bronquite crônica () Pancreatite crônica

() Lúpus () Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

() Tumor maligno em tratamento agora. Qual? _____

() Tumor maligno no passado Qual? _____

() Outra(s). Qual(is)? _____

5 - Já realizou alguma cirurgia? () Não () Sim Qual(is)? _____

6 - Já realizou algum transplante? () Não () Sim. De que? _____