



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

**FORMULÁRIO DE REGISTRO DO DOADOR VOLUNTÁRIO PARA O
PROJETO “DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE CORPOS DA UNIPAMPA”**

DADOS PESSOAIS	
Nome Completo:	
Data de Nascimento: ____/____/_____	Idade:
Sexo: () Masculino () Feminino	
Cor: () Branca () Parda () Preta () Amarela	
Natural de:	
RG:	CPF:
Endereço:	
Complemento:	Bairro:
Cidade:	CEP:
Telefone Residencial: ()	Telefone Celular: ()
E-mail 1:	E-mail 2:
DADOS DO PARENTE PRÓXIMO	
Nome Completo:	
Grau de Parentesco:	
Endereço:	
Complemento:	Bairro:
Cidade:	CEP:
Telefone Residencial: ()	Telefone Celular: ()
E-mail 1:	E-mail 2:
Algun familiar seu é doador de corpo para este ou outro programa de doação? () Sim () Não () Pai () Mãe () Irmão () Outro _____	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS DO DOADOR	
Qual seu peso? _____ kg	
Como ficou sabendo do “Projeto de Doação Voluntária de Corpos da Unipampa”? () Médico () Site () Rádio () Televisão () Outro doador () Divulgação local () Outro meio Qual? _____	
Religião: () Nenhuma () Espírita () Judaica () Budista () Ateu () Católico () Evangélico () Agnóstico Outra. Qual? _____	
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	
Situação Atual: () Ativo (trabalha) () Desempregado () Aposentado () Em benefício Outro. Qual? _____	

Rubrica e Data: _____

1

Faixa de Renda Mensal: <input type="checkbox"/> Até 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 3 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 10 a 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 20 a 30 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 30 salários mínimos <input type="checkbox"/> Sem renda fixa
Profissão em que atua ou atuou: _____
Ingere bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Frequência: _____
Tem alguma doença? <input type="checkbox"/> Pressão alta <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Doença do coração <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar <input type="checkbox"/> Lúpus <input type="checkbox"/> Hepatite crônica <input type="checkbox"/> Bronquite crônica <input type="checkbox"/> Cirrose <input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) <input type="checkbox"/> Doença renal crônica (rins) <input type="checkbox"/> Pancreatite crônica <input type="checkbox"/> Tumor maligno em tratamento agora. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Tumor maligno no passado. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Doença neurológica ou psiquiátrica. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____
Já realizou alguma cirurgia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is)? _____
Já realizou algum transplante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não De que? _____
É fumante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos anos? _____
Faz doação para entidades assistenciais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
É doador de órgãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
É doador de sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo sanguíneo: _____
Qual o principal motivo da doação? <input type="checkbox"/> Vontade de ajudar a sociedade e a ciência <input type="checkbox"/> Não causar custo para a família <input type="checkbox"/> Não gostar da ideia de ser enterrado ou cremado <input type="checkbox"/> Não possuir familiares <input type="checkbox"/> Gratidão ao atendimento recebido por médicos e outros profissionais da área <input type="checkbox"/> Outro motivo. Qual? _____
Seu nome pode ser divulgado em "Placa de Homenagem" na Universidade UNIPAMPA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nome do doador voluntário: _____

Assinatura do doador voluntário: _____

Data: _____

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

Data: _____

Rubrica e Data: _____