



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA DOAÇÃO VOLUNTÁRIA
DE CORPO AO LABORATÓRIO DE ANATOMIA HUMANA DA UNIPAMPA**

Nome: _____

Eu li e compreendi as informações sobre Doação Voluntária de Corpos da Unipampa , ficando de posse de uma cópia.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu fui informado (a) sobre as Leis nº 8.501 e nº 9.434, que dispõem sobre a doação de corpo e partes do corpo.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Todas as minhas dúvidas sobre a Doação Voluntária de Corpos da Unipampa foram esclarecidas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu concordo em doar todo meu corpo ou parte dele (mediante amputação) para ensino e pesquisa.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu entendi que doar o corpo é uma decisão pessoal e que eu tenho a liberdade de retirar meu consentimento para doação a qualquer momento, sem ser necessário nenhum motivo específico para isto.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu concordo em doar voluntariamente meu corpo e autorizo sua utilização para ensino e pesquisa médica na UNIPAMPA.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu concordo em doar voluntariamente meu corpo e autorizo sua utilização para pesquisa em colaboração com outros departamentos e instituições de Ensino Superior no Brasil e no exterior.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu concordo em doar voluntariamente meu corpo e autorizo sua utilização para educação médica e científica.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu concordo e autorizo que os integrantes do Projeto " Doação Voluntária de Corpos da Unipampa " tenham acesso às minhas informações médicas (todas as informações são confidenciais).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu concordo e autorizo que as minhas informações sejam armazenadas em um banco de dados sob a guarda da UNIPAMPA.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu entendo que, os resultados das pesquisas, se e quando publicados, serão totalmente anônimos.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu entendo e concordo que, assim como meus familiares, não terei nenhum benefício financeiro com esta doação voluntária e através das pesquisas utilizando o corpo doado.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eu concordo que toda a decisão sobre a utilização futura do corpo doado seja feita pelos coordenadores do Projeto " Doação Voluntária de Corpos da Unipampa " da Disciplina de Anatomia Humana da UNIPAMPA que serão responsáveis legais pelo corpo e procederão de acordo com as normas vigentes sobre doação e armazenamento de material biológico.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nome do doador voluntário: _____

Assinatura do doador voluntário: _____

Data: _____

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

Data: _____