



Universidade do Vale do Taquari - Univates
Fundação Vale do Taquari de Educação e Desenvolvimento Social –
Fuvates

FORMULÁRIO DE REGISTRO DO DOADOR

Data: ____/____/____

Nº: _____

1. Dados pessoais

Nome Completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

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

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

Nacionalidade: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

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

E-mail: _____

2. Informações e Contato de Parente Próximo:

Nome Completo: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

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

E-mail: _____

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

() Não () Sim () Pai () Mãe () Irmão () Outro: _____

Questionário Informativo:

4. Como ficou sabendo do programa de doação de corpos? () Folder () Site

() Cartaz () Imprensa () Médico () Treinamento de segurança () Outro doador

() Outro meio. Qual? _____



UNIVATES

Universidade do Vale do Taquari - Univates
Fundação Vale do Taquari de Educação e Desenvolvimento Social –
Fuvates

5. Tem alguma doença? () Não () Sim.

Se sim, informe:

() Pressão Alta () Diabete () 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)? _____

6. Já realizou algum transplante?

() Não () Sim. De que? _____

7. É doador de órgãos? () Não () Sim

8. É doador de sangue? () Não () Sim

9. Já realizou alguma cirurgia? (cesárea, plásticas, odontológicas, oncológica...)

() Não () Sim Qual(is)? _____

10. Antecedentes familiares importantes:

Grau de parentesco	Doença

11. É fumante?

() Não () Sim

Se sim, informe há quanto tempo: _____

12. Foi fumante?

() Não () Sim

Se sim, por quanto tempo fumou? _____ Há quanto tempo parou de fumar? _____

13. É etilista?

Diariamente Socialmente Nunca

14. Qual seu PESO? _____ Kg

15. Religião:

Nenhuma Católica Espírita Evangélica Judaica
 Budista Ateu Outra. Qual? _____

16. Grau de Instrução:

Nenhum Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo
 Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Formação Técnica incompleta
 Formação Técnica Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo
 Pós-Graduação Outro. Qual? _____

17. Profissão que atua ou atuou: _____

18. Situação Atual:

Ativo (trabalha) Desempregado
 Aposentado Em benefício
 Outro. Qual? _____

19. Faixa de Renda Mensal:

Sem renda fixa Até 2 salários mínimos
 De 2 a 5 salários mínimos De 5 a 8 salário mínimos
 De 8 a 15 salários mínimos Mais de 15 salários mínimos

20. O que lhe motivou a realizar a doação?

Desejo de contribuir com estudos científicos
 Não querer ser enterrado ou cremado
 Não causar gastos para a família
 Não possuir familiares
 Outro. Qual? _____