



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

FORMULÁRIO DE REGISTRO DO DOADOR

Nº: _____ Data: ____/____/____

1. Dados pessoais

Nome Completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

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

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

Nacionalidade: _____ RG: _____

2. Informações para contato

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

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

E-mail: _____

3. Informações e Contato de Parente Próximo:

Nome Completo: _____

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

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

E-mail: _____

Questionário Informativo:

4. Como ficou sabendo do programa de doação de corpos?

() Folder () Site () Cartaz () Imprensa () Médico

() Outro doador () Outro. 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:

Doença	Há quanto tempo?	Medicamentos utilizados

6. Já fez alguma cirurgia? (cesárea, plásticas, odontológicas, oncológica...)

Não Sim.

Se sim, informe:

Tipo de cirurgia	Região do corpo	Data

7. Antecedentes familiares importantes:

Grau de parentesco	Doença

8. É fumante?

Não Sim

Se sim, informe há quanto tempo: _____

9. Foi fumante?

Não Sim

Se sim, por quanto tempo fumou? _____

Há quanto tempo parou de fumar? _____

