FOTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIENCIAS BIOLOGICAS
DEPARTAMENO DE ANATOMIA

FORMULARIO DE REGISTRO DO DOADOR

Nº: _____ Data: _____

Idade ao efetivar a doação: _____

Identificação: ( ) Sim ( ) Não

Nome Completo:_____

Data de Nascimento:_____

Nacionalidade:_____

RG:_____ CPF: _____

Endereço:_____ CEP: _____

Cidade: _____

Telefone: (_____) _____

E-mail: _____

Parente Próximo:

Nome Completo:_____

Grau de Parentesco:_____

Endereço:_____

CEP:_____

Cidade: _____

Telefone: (____) _____

E-mail: _____

Como ficou sabendo do programa de doação de corpos: ( ) Folder ( ) Site
( ) Cartaz ( ) Imprensa ( ) Médico ( ) Outro doador
( ) Outro meio. Qual? _____

Tem alguma doença? ( ) Não ( ) Sim.
Qual(is)? _____

Alguma cirurgia prévia? ( ) Não ( ) Sim.
Qual?_____

Religião: ( ) Nenhuma ( ) Católico ( ) Espírita ( ) Evangélica ( ) Judaica ( ) Budista
( ) Ateu ( ) Agnóstico ( ) Outra.
Qual?_____

Grau de Instrução: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior
( ) Formação Técnica ( ) Pós-Graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado
( ) Pós-Doutorado ( ) Outro.
Qual?_____

Profissão: _____

Situação Atual: ( ) Ativo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Em benefício
( ) Outro.
Qual?_____

Faixa de Renda Mensal:
( ) Sem renda fixa ( ) Até 3 salários mínimos ( ) De 3 a 10 salários mínimos
( ) De 10 a 20 salários mínimos ( ) De 20 a 30 salários mínimos
( ) Mais de 30 salários mínimos