UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA VIDA

FOTO

# FORMULÁRIO 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 salário mínimos
( ) De 20 a 30 salários mínimos
( ) Mais de 30 salários mínimos