



<p>4) Tem alguma doença? ( ) Não ( ) Sim. Se sim:  Qual doença? _____  Há quanto tempo? _____  Medicamentos utilizados? _____</p>	
<p>5) Realizou alguma cirurgia (partos, plásticas, odontológicas, oncológica...)?  ( ) Não ( ) Sim. Se sim, informe:  Qual cirurgia? _____  Qual região do corpo? _____  Quando foi realizada (mês e ano)? _____</p>	
<p>6) Fumante: ( ) Sim ( ) Não Se sim, informe:  Há quanto tempo? _____</p>	
<p>7) Foi fumante: ( ) Sim ( ) Não Se sim, informe:  Por quanto tempo? _____  Há quanto tempo parou de fumar? _____</p>	
<p>8) Faz uso de medicamentos e/ou substâncias químicas frequentemente? (drogas, vitaminas, anabolizantes, analgésicos...)  Qual medicamento? _____  Qual o objetivo? _____</p>	
<p>9) Qual seu peso? _____ Qual sua altura? _____  Qual é o seu Índice de Massa Corporal (IMC)? _____  (O IMC é calculado dividindo o peso em kg, pela altura ao quadrado em metros).</p>	
<p>10) Parentes Próximos:</p> <p>1) Nome Completo: _____  Está informado sobre sua intenção de doação de corpo: ( ) Sim ( ) Não  Grau de Parentesco: _____  Endereço: _____  _____  CEP: _____ Cidade: _____  Telefone res: ( ) _____ Telefone com: ( ) _____  Telefone rec: ( ) _____ Telefone cel: ( ) _____  E-mail: _____</p> <p>2) Nome Completo: _____  Está informado sobre sua intenção de doação de corpo: ( ) Sim ( ) Não  Grau de Parentesco: _____  Endereço: _____  _____  CEP: _____ Cidade: _____</p>	

Telefone res: ( ) _____	Telefone com: ( ) _____
Telefone rec: ( ) _____	Telefone cel: ( ) _____
E-mail: _____	

## **TERMO DE DECLARAÇÃO DE VONTADE E TESTEMUNHO DE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE CORPO PARA ESTUDO ANATÔMICO**

\_\_\_\_\_, declara para os devidos fins de direito, na forma que permite a Lei nº 10.406-2002, por meio deste instrumento particular, devidamente assinado e com firma reconhecida e testemunhas (ao menos um familiar), que está nas suas normais atividades físicas e mentais, para expressar a sua livre e espontânea vontade de doação de seu corpo à Instituição de Ensino **“FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ”**, Autarquia Municipal, criada por Lei Municipal N.º 1506 de 12 de março de 1968 CNPJ N.º 50.985.266/0001-09, e Reconhecimento Federal pelo Decreto N.º 71656 de 04/01/1973, para estudo, pesquisa e auxílio na formação profissional do corpo discente, estando também ciente de que todas as informações ora prestadas são de caráter sigiloso e serão armazenadas em um banco de dados da Instituição de Ensino.

As condições para viabilizar a doação, obedecerão aos seguintes critérios:

1. O doador fica ciente que a Faculdade de Medicina de Jundiaí, através de profissional especializado e qualificado, avaliará na oportunidade do óbito as condições do seu corpo, com o intuito de analisar a viabilidade da doação. Nesta avaliação, a Faculdade não aceitará o corpo em caso da *causa mortis* ser suspeita ou tratar-se de obesidade mórbida.

2. Fica estabelecido que a família do doador poderá realizar o culto e/ou honrarias do corpo do doador (velório), sendo obrigação do familiar comunicar a Faculdade o local em que o corpo se encontra. Todavia, a Faculdade de Medicina de Jundiaí somente se responsabiliza em realizar o traslado do corpo do doador do velório até o setor de Anatomia, desde que a distância não ultrapasse o raio de até

200 km da cidade de Jundiaí. Ultrapassado, essa distância o traslado competirá a família ou outro responsável do doador.

3. Os familiares e/ou testemunhas do doador ficam responsáveis pela comunicação do óbito à Faculdade de Medicina de Jundiaí, bem como pela entrega da certidão de óbito do doador, a fim de que a Faculdade dê início aos procedimentos estabelecidos.

5. Após a realização de todos os procedimentos acima e a efetiva entrega do corpo à Faculdade de Medicina de Jundiaí, nenhum familiar mais terá acesso a ele ficando sob a guarda e responsabilidade da Instituição.

Jundiaí, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

DOADOR

---

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

TESTEMUNHA 1:

RG:

TESTEMUNHA 2:

RG: