



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA DOAÇÃO DO CORPO PELO DOADOR AO  
LABORATÓRIO DE ANATOMIA HUMANA DA UFMS**

Nome: \_\_\_\_\_

	Sim
1. Eu li e compreendi as informações sobre Doação do Corpo para UFMS, ficando de posse de uma cópia dela. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas sobre a doação.	
2. Eu concordo em doar todo meu corpo para pesquisa e ensino. Eu entendi que doar o corpo é uma decisão pessoal e que eu tenho liberdade de retirar meu consentimento para doação em qualquer momento, sem ser necessário nenhum motivo específico para isto.	
3. Eu concordo com doação do meu corpo e sua utilização para (não assinalar "sim" implica na não concordância específica com o item):	
a. pesquisa médica na UFMS;	
b. pesquisa em colaboração com outros departamentos e instituições acadêmicas no Brasil e no exterior;	
c. educação médica e científica	
4. Eu concordo que membros da equipe do Programa de Doação de Corpos da UFMS tenham acesso às minhas informações médicas (todas as informações serão confidenciais).	
5. Eu concordo que as minhas informações sejam armazenadas em um banco de dados sob a guarda da UFMS.	
6. Eu entendo que os resultados das pesquisas não serão disponíveis em bases individuais. Se e quando os resultados forem publicados, eles serão anônimos.	
7. Eu entendo e concordo que, assim como meus familiares, não terei nenhum benefício financeiro com esta doação ou através das pesquisas utilizando o corpo doado.	
8. Eu concordo que toda a decisão sobre a utilização futura do corpo doado seja feita pelos coordenadores do Programa de Doação de Corpos da UFMS, que serão responsáveis legais pelo corpo e procederão de acordo com as normas vigentes sobre doação e armazenamento de material biológico.	

\_\_\_\_\_  
Nome do Doador

\_\_\_\_\_  
Assinatura Doador

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome do(a) Coordenador(a) do Programa

\_\_\_\_\_  
Assinatura Coordenador(a)

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.