

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ- CURSO DE MEDICINA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIMENTO PARA DOAÇÃO DE**  
**ÓRGÃOS E RESTOS MORTAIS**

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

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

	Sim	Não
1. Eu li e compreendi as informações contidas no endereço: www_____, a respeito da Doação de Corpos para o Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto- SP, ficando de posse de uma cópia de tais informações. Eu tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas sobre a doação.		
2. Eu concordo em doar todo meu corpo para ensino e pesquisa. 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 a doação do meu corpo e sua utilização para: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pesquisa médica no Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá;</li> <li>b. Pesquisa médica no Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá;</li> <li>c. Educação médica e científica.</li> </ul>		
4. Eu concordo que membros da equipe do Programa de Doação de Corpos do Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá tenha acesso às minhas informações pessoais e médicas. Eu tenho ciência que todas as informações serão confidenciais e tratadas de acordo com a Lei nº 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Neste ato, fiquei ciente sobre meus direitos, contidos na sobredita Lei, de revogação do consentimento, e de acesso, correção, portabilidade, anonimização, bloqueio ou eliminação dos dados, solicitações essas que serão atendidas em prazo razoável, de acordo com as possibilidades técnicas do Centro Universitário Barão de Mauá.</li> <li>b. Compreendo que as informações coletadas têm a finalidade de garantir a elaboração de pesquisas acadêmicas, com a construção de perfis dos</li> </ul>		

<p>doadores de corpos, e aprimoramento do ensino do Centro Universitário Barão de Mauá.</p> <p>c. Esclareceram-me, ainda, que, mesmo após o pedido de exclusão dos dados, o Centro Universitário Barão de Mauá poderá mantê-los para os fins previstos no art. 16 da LGPD, em especial, para estudo por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais.</p> <p>d. Entendi que o Centro Universitário Barão de Mauá se compromete a garantir a máxima segurança dos dados coletados e, em caso de eventual instabilidade ou vazamento, irá imediatamente me comunicar e tomar todas as providências para evitar a ocorrência de danos.</p> <p>e. Em caso de dúvidas sobre meus dados pessoais, sei que posso entrar em contato com o Encarregado de Dados, o Sr. Ricardo Luis Morelli, pelo e-mail: politica.lgpd@baraodemaua.br</p>		
<p>5. Eu concordo que as minhas informações sejam armazenadas em um banco de dados sob a guarda do Centro Universitário Barão de Mauá.</p>		
<p>6. Eu entendo que os resultados de eventuais pesquisas realizadas em meu corpo não serão disponibilizados em bases individuais com informações que possam identificar a minha pessoa. Os resultados eventualmente publicados serão anônimos.</p>		
<p>7. Eu entendo e concordo que, assim como meus familiares, não terei nenhum benefício financeiro com esta doação ou através das pesquisas que se utilizarem do corpo doado.</p>		
<p>8. Eu estou ciente e concordo que toda a decisão sobre a utilização futura do corpo doado será feita pelos coordenadores do Programa de Doação de Corpos para o Ensino e Pesquisa em Anatomia da Disciplina de Anatomia do Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá que serão responsáveis legais pelo corpo e procederão de acordo com as normas vigentes sobre doação e armazenamento de material biológico.</p>		

Nome

Assinatura do doador

Data

---

Nome

---

Assinatura do responsável  
(caso de doação por terceiro)

---

Data

---

Nome

---

Assinatura da testemunha

---

Data

---

**EM CASO OCORRA DE DÚVIDAS OU FALECIMENTO DO DOADOR, CONTATAR A FACULDADE**

**WhatsApp: (16) 99765-4976**

**Telefone: (16) 3603-6600 / 0800 180 35 66**

**E-mail: [vidaqueensina@baraodemaua.br](mailto:vidaqueensina@baraodemaua.br)**