

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"> a. Pesquisa médica no Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá; b. Pesquisa médica no Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá; c. Educação médica e científica. 		
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"> 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. b. Compreendo que as informações coletadas têm a finalidade de garantir a elaboração de pesquisas acadêmicas, com a construção de perfis dos 		

<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