



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR – MENOR DE 18 ANOS

DOADOR

Nome: _____
Idade: _____ DN ____/____/____ sexo: () F () M Doc: () RG () CPF nº _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____
Hospital: _____ Município: _____
Causa: _____ Data do Óbito: ____/____/____ horário do óbito ____:____
** anexar cópia de documentos de identificação*

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO - LEI 10.211/2011 e DEC. 9.175/2017

Parentesco: () Pai () Mãe () Tutor legal comprovado () autorização judicial comprovada
Nome: _____
Idade: _____ Sexo: () M () F Doc: () RG () CPF nº _____
Endereço completo: _____
Município: _____ Estado: _____ Fone: _____
Assinatura: _____
Data: ____/____/____ Hora ____:____ ** anexar cópia de documentos de identificação*
() Pai () Mãe Nome: _____
Idade: _____ Sexo: () M () F Doc: () RG () CPF nº _____
Endereço completo: _____
Município: _____ Estado: _____ Fone: _____
Assinatura: _____
Data: ____/____/____ Hora ____:____ ** anexar cópia de documentos de identificação*
Aceita Auxílio Funeral () Sim () Não Leis Estadual 7.423/2001 e 8.604/2006

AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE TECIDO OCULAR

() SOMENTE PARA FINS DE TRANSPLANTES
() O TECIDO OCULAR QUE NÃO FOR UTILIZADO PARA TRANSPLANTE, DEVIDO SUA QUALIDADE, PODE SER UTILIZADO PARA FINS CIENTÍFICO (ENSINO/PESQUISA).

TESTEMUNHAS

Nome: _____ Fone: _____
() RG () CPF nº _____ Endereço: _____
Parentesco: _____ Assinatura: _____
Nome: _____ Fone: _____
() RG () CPF nº _____ Endereço: _____
Parentesco: _____ Assinatura: _____

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA ENTREVISTA

Nome: _____ Conselho: _____ Ass: _____
Nome: _____ Conselho: _____ Ass: _____

Esse documento deverá ser feito em 03 (três) cópias: 01 anexada ao prontuário médico, 01 para família e 01 para o serviço de captação.