



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR – MAIOR 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: () avô/ó () pai () mãe () irmão/ã () cônjuge () filho/a () neto/a

() curador 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*

Aceita Auxílio Funeral () Sim () Não Leis Estadual 7.423/2001 e 8.604/2006

AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA 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: _____

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

Atualizado junho/2019