



AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS

Eu, _____

(nome do responsável pela autorização da doação)

portador do RG nº _____ e CPF _____,

grau de parentesco _____ do potencial doador de órgãos e tecidos

(nome do doador)

Autorizo o transporte do (a) paciente para o Hospital
_____ onde será realizado a retirada de órgãos.

_____ de _____ de 20 ____.

(cidade)

(assinatura do responsável)