



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E/OU TECIDOS – 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 AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE ÓRGÃOS E/OU TECIDOS

() SOMENTE PARA FINS DE TRANSPLANTES
() O ÓRGÃO E/OU O TECIDO QUE NÃO FOR UTILIZADO PARA TRANSPLANTE, DEVIDO SUA QUALIDADE, PODE SER UTILIZADO PARA FINS CIENTÍFICO (ENSINO/PESQUISA)
Observação: O autorizante “não aceita” a retirada, especificamente, do Órgão /Tecido: _____.

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.