



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

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 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:** _____