

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE GLOBOS OCULARES

1. DOADOR

RGCT: _____

Nome Legível: _____

Gênero: F () M () Data de nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Naturalidade: _____ Cor: _____

Nome da mãe: _____

Local do óbito: _____ Local da captação: _____

Data Parada Cardiorrespiratória (PCR): ____/____/____ Hora: ____:____ h

Morte Encefálica (ME) Data: ____/____/____ Hora: ____:____ h

2. RESPONSÁVEL PELA DOAÇÃO

1º Grau: Pai () Mãe () Filho/a () Cônjuge() Companheiro/a ()

2º Grau (justificar no item 2.2): Irmão/ã () Avô/ó () Neto/a ()

Outros: Curador/Tutor comprovado() Autorização Judicial Comprovada

Por meio deste documento, eu: _____

RG nº _____, CPF _____, nascido em ____/____/____ Profissão: _____

endereço: _____ CEP: _____

Bairro: _____ na Cidade: _____ Estado: _____

na qualidade de (parentesco) _____ autorizo livre e espontaneamente, sem induzimento ou coação, a captação de globos oculares para fins de transplante () e/ou pesquisa (). Esta autorização inclui a realização de sorologia e outros exames necessários para assegurar a viabilidade do(s) tecido(s) e também para realização de exames em casos de acidentes com o material biológico. Enfatizo que esta autorização é motivada apenas por razões humanitárias, sem expectativa de recebimento de alguma forma de compensação. Fui informado de que não será dado conhecimento à família do doador (a) informações a respeito do(s) receptor(es).

Lei nº 10.211 de Março de 2001. Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017. RDC ANVISA N° 707 de 1 de julho de 2022.

Assinatura do responsável: _____

Telefones: () _____ () _____

E-mail: _____

2.1. DOADOR MENOR DE 18 ANOS

Se menor de 18 anos é obrigatória a assinatura de ambos os pais ou responsável legal.

Pai () Mãe () Nome completo: _____

RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2.2. AUTORIZAÇÃO CONSENTIDA POR PARENTES DE 2º GRAU

Justificar as razões de impedimento dos familiares de 1º grau realizarem a autorização

3. TESTEMUNHAS

Testemunha 1:

Nome completo: _____ Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Testemunha 2:

Nome completo: _____ Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Anexar cópia dos documentos pessoais do Doador (RG, CPF, Comprovante de Endereço); De quem autorizou a doação, Testemunhas (RG e CPF), documentos referentes a Autorização Judicial ou União Estável quando houver.

Data da entrevista: ____/____/____ Hora da entrevista: ____:____ h

Assinatura e carimbo do entrevistador: _____

FUBOG () OPO () CIHDOTT () OUTROS () _____