

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

### 1- DOADOR

Nome legível: \_\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expeditor: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Hospital Notificante: \_\_\_\_\_ OPO: \_\_\_\_\_  
 Data do óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do óbito \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

### 2- RESPONSÁVEL PELA DOAÇÃO

**Se menor de 18 anos é obrigatória a assinatura de ambos os pais ou responsáveis legais no item 2.1**

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

**2º Grau (Preencher o item 2.2):** ( )Irmão(ã) ( )Neto(a) ( )Avô(ó)

**Outros:** ( )Curador/tutor comprovado ( )Autorização Judicial Comprovada\*

Por este documento autêntico, eu: \_\_\_\_\_  
 RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_ na cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, na qualidade de (parentesco) \_\_\_\_\_ baseado na Lei nº 10.211 de março 2001 e Decreto 9.175 de 18 de outubro de 2017, autorizo livre e espontaneamente, sem induzimento ou coação, a equipe captadora de órgãos e tecidos efetuar a remoção do(s) órgão(s) e/ou tecido(s), após a morte do(a) senhor(a)

para ser, posteriormente, transplantado(s) em outra pessoa física, com finalidade terapêutica, a bem da saúde daquele que careça de tal providência. Esta autorização inclui a realização de sorologia e outros exames necessários para assegurar a viabilidade do(s) órgão(s) e/ou tecido(s). Enfatizo que esta autorização é motivada apenas por razões humanitárias, sem expectativa de receber nenhuma forma de compensação. Fui informado de que não será dado conhecimento à família do doador(a) informações a respeito do(s) receptor(es).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
 cidade

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Responsável

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

#### 2.1-CASO DOADOR MENOR DE 18 ANOS: ( ) PAI ( ) MÃE

Nome completo: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

#### 2.2-AUTORIZAÇÃO CONSENTIDA POR PARENTES DE 2º GRAU

(Justificar as razões de impedimento dos familiares de primeiro grau, realizarem a autorização)\*\*

\*Lei nº 10.211 de março de 2001 / \*\*Decreto 9.175 de 18 de outubro de 2017

**OBS.:** Anexar cópias dos documentos pessoais do doador (RG, CPF e endereço); de quem autorizou a doação e das testemunhas (RG e CPF)

### 3-AUTORIZO A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (coração, pulmões, fígado, rins, pâncreas e intestino) e dos TECIDOS (córneas (globo ocular), coração para valvas, tecido musculoesquelético, pele e vasos)

OBS: O autorizante não aceita a retirada especificamente do(s) órgão(s)/tecido(s): \_\_\_\_\_

### 4-TESTEMUNHAS

#### 4.1 TESTEMUNHA 1:

Nome completo: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

#### 4.2 TESTEMUNHA 2:

Nome completo: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da entrevista: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura/carimbo do(s) entrevistador(es)