

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE DE DOADOR

Eu, \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, autorizo a Central de Transplantes

do Estado de Goiás/OPO \_\_\_\_\_ a realizar o transporte do doador \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_

do Hospital \_\_\_\_\_, para hospital \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a fim de que seja realizada a captação de órgãos e tecidos para finalidade

terapêutica em transplantes.

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Plantonista Técnico