



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS E TECIDOS

Responsável-1: Por meio deste documento, _____,
()RG ou ()CPF _____, profissão _____, residente à rua _____ nº _____, bairro: _____ CEP: _____, cidade _____, Estado _____, telefone de contato: () _____,

Responsável-2, se doador menor de 18 anos: _____,
()RG ou ()CPF _____, profissão _____, residente à rua _____ nº _____, bairro: _____ CEP: _____, cidade _____, Estado _____, telefone de contato: () _____,

Na condição de: (Marcar parentesco do(s) Responsável(eis) e Justificar 2º Grau)
() cônjuge ou união estável comprovada, () mãe, () pai, () filho(a), () irmão(a), () avós, () neto(a),
() tutor legal ou curador comprovado, () autorização judicial comprovada,
Justificativa:

Autorizo, livre e espontaneamente, e de acordo com a legislação vigente, a remoção dos seguintes órgãos e tecidos, para fins de transplante:

- () coração, () pulmões, () fígado, () rins, () pâncreas, () intestino, () córneas,
() pele, () ósteo-tendinosos, () vasos e () válvulas cardíacas,

Do(a) doador(a) _____ data de nascimento: ____/____/_____,
RG() ou CPF() _____, residente à rua _____ nº: _____,
bairro: _____ CEP: _____, cidade _____
Estado _____, internado(a) no Hospital _____, no município de _____
sendo constatado óbito na data de ____/____/_____ às _____ horas.

Os órgãos e tecidos doados deverão ser transplantados em pacientes devidamente inscritos na lista única da Central de Transplantes, que obedece aos critérios estabelecidos pelo Sistema Nacional de Transplantes, do Ministério da Saúde, em conformidade com as leis e normas vigentes. Esta autorização inclui a realização de exames necessários para assegurar a viabilidade e a compatibilidade destes órgãos e tecidos. Esta doação é motivada por razões humanitárias, não havendo expectativa de qualquer forma de compensação material. Declaramos também não ter recebido qualquer informação que permita a identificação dos possíveis receptores destes órgãos e tecidos.

Assinaturas
Responsável (1):..... Data: ____/____/_____ às _____ horas
Responsável (2):

Testemunha-1 _____ () RG () CPF _____
(Nome legível)
Endereço: _____ Telefone: () _____
Assinatura:

Testemunha-2 _____ () RG () CPF _____
(Nome legível)
Endereço: _____ Telefone: () _____
Assinatura:

Profissionais responsáveis pela entrevista familiar: (Nomes legíveis e identificação do Conselho)
Nome: _____ Conselho: _____ Assinatura _____ () CIHDOTT () OPO () BTOH
Nome: _____ Conselho: _____ Assinatura _____ () CIHDOTT () OPO () BTOH