

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS
(Menor de 18 anos)

LEI 10.211 de 23 de Março de 2001

HOSPITAL: _____ PRONTUÁRIO: _____ RGCT: _____

DOADOR: _____ Sexo () Fem. () Masc.

Data Nasc. ____/____/____ Idade: ____ Cor: ____ RG/CPF: _____

CNS: _____ Certidão de Nascimento: _____

End.: _____ Nº _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Data do Óbito: ____/____/____ Hora do Óbito: _____

Causa da Morte: _____

Responsável pela Doação: () Mãe () Pai

NOME MÃE: _____ Idade: _____

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

End: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

NOME PAI: _____ Idade: _____

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

End: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

AUTORIZO de livre e espontânea vontade, a remoção dos seguintes órgãos e tecidos para transplante e /ou ensino, pesquisa e treinamento bem como a coleta de material para exames laboratoriais e sorológicos.

(_____)
(Descrição dos órgãos e tecidos doados)

ASSINATURA RESPONSÁVEL MÃE

ASSINATURA RESPONSÁVEL PAI

1ª Testemunha:

Nome: _____ RG / CPF: _____

End: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF _____

Assinatura da 1ª Testemunha

2ª Testemunha

Nome: _____ RG / CPF: _____

End: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF _____

Assinatura da 2ª Testemunha

Data da Entrevista: ____/____/____ Hora: _____

Assinatura e Carimbo Responsável pela entrevista: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ Enucleação: () Bilateral () Unilateral _____ Cor dos Olhos _____

Técnico de Enucleação: _____ Local onde realizou retirada _____