

**TERMO DE CONSENTIMENTO - RECEPTOR  
DE ÓRGÃOS E/OU TECIDOS DO CORPO HUMANO**

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do receptor), Natural de \_\_\_\_\_  
residente e domiciliado na \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, GRAU DE PARENTESCO com o  
doador \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
Estado civil ( ) solteiro ( ) casado ( ) separado ( ) divorciado ( ) união estável  
R.G. n. \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_ CPF n. \_\_\_\_\_,  
adiante subscrito, nos termos do art. 10 da Lei Federal n. 9.434, de 4 de fevereiro  
de 1997, e art. 22 do Decreto Federal n. 2.268, de 30 de junho de 1997, manifesta  
ter recebidas todos os esclarecimentos sobre a excepcionalidade e os riscos  
inerentes ao transplante de RIM, a que me submeterei como receptor (a), em  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ no Hospital \_\_\_\_\_.

As perspectivas de êxito ou insucesso do TRANSPLANTE RENAL,  
bem como os riscos considerados aceitáveis para este ato cirúrgico, inclusive em  
razão de teste para diagnóstico de infecções e afecções, principalmente em  
relação ao sangue, realizados no doador do RIM, são, neste ato, por mim  
assumidos, informados que foram pela equipe médica que participará do  
transplante renal, representada pelo(a) Dr.(a)  
\_\_\_\_\_ (dados do médico)

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do receptor)

OBS:

- 1) Indicar adiante e objetivamente as seqüelas previsíveis, decorrentes do ato de transplante ou enxerto:

.....  
.....  
.....

- 2) Se o receptor for juridicamente incapaz ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrita, ou , ainda, não souber ler e escrever, o consentimento para a realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, na ausência dos quais, a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo mantê-lo vivo.

**TERMO DE CONSENTIMENTO - DOADOR**  
**TERMO DE DISPOSIÇÃO GRATUITA DE ÓRGÃOS, PARTE OU TECIDO**  
**DE CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE**

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do doador), Natural de \_\_\_\_\_  
residente e domiciliado na \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, GRAU DE PARENTESCO com o  
receptor \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
Estado civil ( ) solteiro ( ) casado ( ) separado ( ) divorciado ( ) união estável  
R.G. n. \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_ CPF n. \_\_\_\_\_,  
adiante subscrito, pelo presente instrumento, faço doação de um RIM de meu  
corpo, ciente de que tal ato não comprometerá minhas funções vitais e aptidões  
físicas ou mentais, nem me ocasionará qualquer deformação ou mutilação  
inaceitável. Este ato de disposição é feito em benefício de:  
\_\_\_\_\_ (nome do receptor),  
Natural de \_\_\_\_\_ residente e domiciliado na  
\_\_\_\_\_, Bairro  
\_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, Profissão \_\_\_\_\_  
Estado civil ( ) solteiro ( ) casado ( ) separado ( ) divorciado ( ) união estável  
R.G. n. \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_ CPF n. \_\_\_\_\_,  
e será encaminhado, em duas vias, ao Ministério Público desta Comarca.

ESTOU CIENTE DE QUE ESTA DOAÇÃO PODERÁ SER POR MIM REVOGADA  
A QUALQUER MOMENTO, ANTES DE INICIADO O RESPECTIVO PROCEDIMENTO  
CIRÚRGICO DE RETIRADA DO RIM, OBJETO DO PRESENTE ATO EM DISPOSIÇÃO.

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do doador)

**TESTEMUNHA n° 01:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ residente e domiciliado à rua/av. \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Estado civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Amasiado

R.G. n° \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

CPF n° \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Assinatura

**TESTEMUNHA n° 02:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ residente e domiciliado à rua/av. \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Estado civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Amasiado

R.G. n° \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

CPF n° \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Assinatura

***Observações importantes:***

- a) uma das vias deste termo, com protocolo de recebimento do Ministério Público, será entregue ao estabelecimento de saúde onde se realizará o transplante, ficando anexado ao prontuário do doador vivo, nos termos dos artigos 15, parágrafo 5º, e 25, II, do Decreto Federal nº 2268/97 ;
- b) este documento não será necessário em caso de doação de medula óssea, que tem tratamento diferenciado na lei (art. 15, parágrafo 6º, do Decreto Federal nº 2268/97);
- c) a gestante não poderá doar tecidos, órgão ou parte do seu corpo, salvo da medula óssea, desde que não haja risco para sua saúde e a de feto;
- d) o doador deverá ser juridicamente capaz e sua assinatura deverá ter firma reconhecida;
- e) o auto-transplante depende apenas do consentimento de próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico, ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais;
- f) DESDE 1º DE JULHO DE 1997, TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO NÃO PODERÃO SER TRANSPLANTADOS, EM RECEPTOR NÃO INDICADO PELA CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ORGÃOS DO ESTADO. (art. 3º, do Decreto Federal nº 2268/97).

TERMO DE INFORMAÇÃO SOBRE DOAÇÃO DE TECIDO, ÓRGÃOS OU  
PARTE DE CORPO HUMANO VIVO E RESPECTIVA CIÊNCIA DE  
DOADOR

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do doador), Natural de \_\_\_\_\_  
residente e domiciliado na \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, GRAU DE PARENTESCO com o  
receptor \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
Estado civil ( ) solteiro ( ) casado ( ) separado ( ) divorciado ( ) união estável  
R.G. n. \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_ CPF n. \_\_\_\_\_,  
adiante subscrito, nos termos do parágrafo único do art. 20, do Decreto Federal n.  
2.268, de 30 de junho de 1997, declaro estar ciente e adequadamente informado  
sobre os conseqüências e possíveis riscos, resultantes da retirada de \_\_\_\_\_  
(especificar qual tecido, parte do corpo ou órgão) de meu corpo, cuja disposição  
para fim de doação, é gratuita.

Os esclarecimentos médicos sobre a doação em referência foram-me  
fornecidos previamente à realização do referido ato cirúrgico por  
\_\_\_\_\_ (indicar o nome do médico)

Estou ciente, ainda, da possibilidade de revogação deste ato antes de sua  
concretização (art. 9, §5º, da Lei Federal n.9.434, de 4 de fevereiro de 1997).

OBS.: Se o doador, no ato, solicitar informes adicionais sobre a doação, tal  
circunstância deverá ser atendida e especificada no documento.

Este documento, que foi lido na minha presença e de duas testemunhas, vai  
por todos assinado no seu fecho.

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do doador)

**OBS.: QUANDO A DOADORA FOR GESTANTE, VER DISPOSIÇÃO ESPECÍFICA A RESPEITO NO ARTIGO 9º, PARÁGRAFO 7º, DA LEI FEDERAL Nº 9434/97.**

TESTEMUNHA nº 01:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

residente e domiciliado à rua/av. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP Nº \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Estado civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Amasiado

R.G. nº \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Assinatura

TESTEMUNHA nº 02:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

residente e domiciliado à rua/av. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP Nº \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Estado civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Amasiado

R.G. nº \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Assinatura