



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS E TECIDOS

Por meio deste documento, **eu**, _____ (*Responsável-1*), na condição de:

() cônjuge ou união estável comprovada, () mãe, () pai, () filho(a), () irmão(a), () avós, () neto(a),
() tutor legal ou curador comprovado, () autorização judicial comprovada,

() RG () CPF _____, profissão _____, residente à rua _____
nº _____, bairro: _____ CEP: _____,
cidade _____, Estado _____, telefone de contato: () _____,

bem como **eu**, _____ (*Responsável-2, se doador <18 anos*), na condição de:

() cônjuge ou união estável comprovada, () mãe, () pai, () filho(a), () irmão(a), () avós, () neto(a),
() tutor legal ou curador comprovado, () autorização judicial comprovada,

() RG () CPF _____, profissão _____, residente à rua _____
nº _____, bairro: _____ CEP: _____,
cidade _____, Estado _____, telefone de contato: () _____,

autorizo, livre e espontaneamente, e de acordo com a legislação vigente, a remoção dos seguintes órgãos e tecidos:

() coração, () pulmões, () fígado, () rins, () pâncreas, () intestino, () córneas,

() pele, () ósteo-tendinosos, () vasos e () válvulas cardíacas, para fins de transplante,

do(a) doador(a) _____ data de nascimento: ____/____/____,

RG() CPF() _____, residente à rua _____ nº: _____,

bairro: _____ CEP: _____, cidade _____

Estado _____, internado (a) no Hospital _____ sendo constatada morte

encefálica 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:

Nome: Conselho: Assinatura () CIHDOTT () OPO

Nome: Conselho: Assinatura () CIHDOTT () OPO