

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

1-DOADOR:

Nome legível: _____
 Sexo: () F () M Data de nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____
 RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
 Nome da mãe: _____
 Hospital: _____
 Data do Óbito: ___/___/___ Hora: ____:____ Nº do caso: _____ RGCT: _____

2-RESPONSÁVEL PELA DOAÇÃO: () Pai () Mãe () Irmão/a () Cônjuge () Filho/a () Neto/a () Avó/ô
 () Companheiro/a () Curador/Tutor comprovado () Autorização Judicial Comprovada *LEI nº 10.211 de
 Março 2001 e Decreto 9175 de Outubro 2017.

Nome legível: _____
 CPF: _____ RG: _____ UF: _____ Data de Nasc: ___/___/___
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ CEP: _____
 Telefones: () _____ / () _____ e-mail: _____

2.1-AUTORIZAÇÃO CONSENTIDA POR FAMILIARES DE 2º GRAU (DECRETO Nº9175 18 OUTUBRO DE 2017)

Justificar: _____

3- AUTORIZO de livre espontânea vontade a remoção dos seguintes órgãos e tecidos para transplante:

* NR: ÓRGÃOS E TECIDOS NÃO REALIZADOS NO RIO DE JANEIRO

CORAÇÃO	Sim ()	Não ()	NR ()
FÍGADO	Sim ()	Não ()	NR ()
RINS	Sim ()	Não ()	NR ()
CÓRNEA	Sim ()	Não ()	NR ()
TECIDO MÚSCULO ESQUELÉTICO	Sim ()	Não ()	NR ()
PULMÃO	Sim ()	Não ()	NR ()
PÂNCREAS	Sim ()	Não ()	NR ()
INTESTINO	Sim ()	Não ()	NR ()
VÁLVULAS CARDÍACAS	Sim ()	Não ()	NR ()
PELE	Sim ()	Não ()	NR ()

Nos casos em que as equipes do Rio de Janeiro não aceite os órgãos ou por ausência de receptor, os órgãos podem ser disponibilizados para outro Estado. () Concordo () Não concordo

Assinatura do Responsável pela Doação: _____

4- TESTEMUNHAS:

A. Nome: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Endereço: _____
 Assinatura: _____

B. Nome: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Endereço: _____
 Assinatura: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Hora da entrevista: ____:____ h

Nome e assinatura do entrevistador: _____

() CNCDO () OPO () CIHDOTT () Profissional do hospital doador () Banco de Tecidos