

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (MENOR DE 18 ANOS)

1-DOADOR:

Nome legível: _____
 Sexo: () F () M Data de nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
 RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
 Hospital: _____ N°do caso: _____
 Data do Óbito: ____/____/____ Hora do Óbito: ____:____ RGCT: _____

2- RESPONSÁVEIS PELA DOAÇÃO: () Pai () Mãe () Avô/ó () Curador comprovado () Autorização judicial

*Lei nº 10.211 de 23 março/2001

Nome 1: _____
 CPF: _____ RG: _____ UF: _____ Data de Nasc: ____/____/____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade _____ CEP: _____
 Telefones: () _____ / () _____ e-mail: _____

Nome 2: _____
 CPF: _____ RG: _____ UF: _____ Data de Nasc: ____/____/____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade _____ CEP: _____
 Telefones: () _____ / () _____ e-mail: _____

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

*NR: TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS 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 ()	N/R ()
INTESTINO	SIM ()	NÃO ()	N/R ()
PÂNCREAS	SIM ()	NÃO ()	N/R ()
VALVULAS CARDÍACAS	SIM ()	NÃO ()	N/R ()
PELE	SIM ()	NÃO ()	N/R ()

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 1: _____

Assinatura 2: _____

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