



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
COORDENAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTE - COSET
Central de Notificação Captação Distribuição de Órgãos – CNCDO - Ba



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDO

Pelo presente Termo de Autorização, eu _____,
(Cônjuge > Pais > Filhos maiores de 18 anos > Avós > Netos > Irmãos)

_____, _____, _____, _____,
(Nacionalidade) (Estado civil) (Profissão) (RG)

_____, residente à Rua _____
(Religião – Opcional) (Endereço completo, bairro)

_____, _____, _____,
(CEP) (Cidade/ Estado)

e-mail de contato _____,

_____ do Sr.(a) _____
(Grau de parentesco) (nome do doador - completo e sem abreviações)

residente à Rua _____
(Endereço completo, bairro e CEP)
(cidade/ Estado), internado no Hospital _____,

tendo sido constatada sua morte às ____:____ horas do dia ____/____/____, após exames clínicos e complementares por equipe médica especializada, **Autorizo**, de minha livre e espontânea vontade, a remoção do(s) tecido(s) (**Globos oculares/Córneas**) que será(ão), posteriormente transplantado(s) em outro(s) com a finalidade terapêutica, nos termos da lei 9434 de 04 de Fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto nº.2268 de 30 de Junho de 1997.

Assinatura do familiar autorizador

(Se menor ou incapaz assinatura de ambos os pais ou responsáveis legais)

1ª Testemunha

Nome: _____ Relação com o doador: _____
RG: _____ CPF: _____ ☐ Familiar (_____)
End: _____ Contato: _____ ☐ Profissional de saúde
Ass: _____ ☐ Outros: _____
Grau parentesco

2ª Testemunha

Nome: _____ Relação com o doador: _____
RG: _____ CPF: _____ ☐ Familiar (_____)
End: _____ Contato: _____ ☐ Profissional de saúde
Ass: _____ ☐ Outros: _____
Grau parentesco

Autorização Judicial?

() Sim () Não _____ de _____ de _____

Profissional responsável
pela entrevista: _____

**ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DO AUTORIZADOR,
TESTEMUNHAS E DOADOR**