



**GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE TRANSPLANTE - COSET
Central de Estadual de Transplantes – CET - 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)

_____, internado no Hospital _____,

(cidade/ Estado)

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) órgão(s) (_____) e tecido(s) (_____) 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.2.268 de 30 de Junho de 1997.

Assinatura do familiar autorizador

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

Caso a doação seja autorizada por parentes de segundo grau, será necessário especificar abaixo, as razões de impedimento dos familiares de primeiro grau.

Se necessário autoriza a remoção do corpo para cirurgia de captação em outro hospital? Sim () Não ()

Assinatura do familiar autorizador

1ª Testemunha

Nome: _____ Relação com o doador:
 RG: _____ CPF: _____ Familiar
 End: _____ Contato: _____ Profissional de saúde
 Ass: _____ Outros: _____

2ª Testemunha

Nome: _____ Relação com o doador:
 RG: _____ CPF: _____ Familiar
 End: _____ Contato: _____ Profissional de saúde
 Ass: _____ Outros: _____

_____, _____ de _____ de 20____ Hora da autorização: ____:____

Autorização Judicial?
() Sim () Não

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

Profissional responsável
pela entrevista: