



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) 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: _____

2ª Testemunha

Nome: _____ Relação com o doador:

RG: _____ CPF: _____ Familiar

End: _____ Contato: _____ Profissional de saúde

Ass: _____ Outros: _____

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

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DO AUTORIZADOR, TESTEMUNHAS E DOADOR

Autorização Judicial?

() Sim () Não

Central de Notificação Captação Distribuição de Órgãos – CNCDOS

Tel. (71) 3356-6776 / 0800 284 0444

E-mail:Transplantes.ba@hotmail.com Site: www.saude.ba.gov.br/transplantes

Profissional responsável
pela entrevista:
