

# TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE GLOBOS OCULARES

## 1. DOADOR

RGCT: \_\_\_\_\_

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Gênero: F ( ) M ( ) Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Local do óbito: \_\_\_\_\_ Local da captação: \_\_\_\_\_

Data Parada Cardiorrespiratória (PCR): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h

Morte Encefálica (ME) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h

## 2. RESPONSÁVEL PELA DOAÇÃO

1º Grau: Pai ( ) Mãe ( ) Filho/a ( ) Cônjuge( ) Companheiro/a ( )

2º Grau (justificar no item 2.2): Irmão/ã ( ) Avô/ó ( ) Neto/a ( )

Outros: Curador/Tutor comprovado( ) Autorização Judicial Comprovada

Por meio deste documento, eu: \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

edereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ na Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

na qualidade de (parentesco) \_\_\_\_\_ autorizo livre e espontaneamente, sem induzimento ou coação, a captação de globos oculares para fins de transplante ( ) e/ou pesquisa ( ). Esta autorização inclui a realização de sorologia e outros exames necessários para assegurar a viabilidade do(s) tecido(s) e também para realização de exames em casos de acidentes com o material biológico. Enfatizo que esta autorização é motivada apenas por razões humanitárias, sem expectativa de recebimento de alguma forma de compensação. Fui informado de que não será dado conhecimento à família do doador (a) informações a respeito do(s) receptor(es).

*Lei nº 10.211 de Março de 2001. Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017. RDC ANVISA N° 707 de 1 de julho de 2022.*

Autorizo a realização de procedimento para conter hemorragia e prevenir hematomas, com a realização de um corte e sutura em artéria calibrosa ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO FOI NECESSÁRIO

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### 2.1. DOADOR MENOR DE 18 ANOS

Se menor de 18 anos é obrigatória a assinatura de ambos os pais ou responsável legal.

Pai ( ) Mãe ( ) Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### 2.2. AUTORIZAÇÃO CONSENTIDA POR PARENTES DE 2º GRAU

Justificar as razões de impedimento dos familiares de 1º grau realizarem a autorização

## 3. TESTEMUNHAS

### Testemunha 1:

Nome completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### Testemunha 2:

Nome completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Anexar cópia dos documentos pessoais do doador (RG, CPF, Comprovante de Endereço); do autorizante e testemunhas (RG e CPF), documentos referentes a Autorização Judicial ou União Estável quando houver.

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da entrevista: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h

Assinatura e carimbo do entrevistador: \_\_\_\_\_

FUBOG ( ) OPO ( ) CIHDOTT ( ) OUTROS ( ) \_\_\_\_\_