

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES

1- DOADOR

Nome legível: _____ RICT: _____

Nome da mãe: _____ Código do Banco de olhos: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Naturalidade: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão Expeditor: _____

Local do óbito: _____ Local da captação: _____

Data da Parada Cardiorrespiratória (PCR): ____/____/____ Hora: ____:____

Data da Morte Encefálica (ME): ____/____/____ Hora: ____:____

2- RESPONSÁVEL PELA DOAÇÃO

Se menor de 18 anos é obrigatória a assinatura de ambos os pais ou responsáveis legais no item 2.1

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

2º Grau (Preencher o item 2.2): () Irmão(ã) () Neto(a) () Avô(ó)

Outros: () Curador/tutor comprovado () Autorização Judicial Comprovada*

Por este documento autêntico, eu: _____

RG _____, CPF _____, nascido em ____/____/____, profissão _____, residente no endereço _____, bairro _____

na cidade _____, estado _____, CEP: _____ na qualidade de (parentesco)

_____ baseado na Lei nº 10.211 de março 2001 e no Decreto 9.175 de 18 de outubro de 2017, autorizo livre e espontaneamente, sem induzimento ou coação, a remoção de tecidos oculares, após a morte do(a) senhor(a) _____

_____ 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). Ênfase que esta autorização é motivada apenas por razões humanitárias, sem expectativa de receber nenhuma forma de compensação. Fui informado de que não será dado conhecimento à família do doador(a) informações sobre o(s) receptor(es).

*Caso seja necessário, para controle de eventual sangramento e para evitar hematomas, autorizo também a realização de um pequeno corte e sutura em uma artéria de maior calibre: () SIM () NÃO

_____ de _____ de 20____ Hora: ____:____
 cidade

Assinatura do Responsável

Telefones: () _____ () _____

2.1-CASO O DOADOR SEJA MENOR DE 18 ANOS: () PAI () MÃE

Nome completo: _____

RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2.2-AUTORIZAÇÃO CONSENTIDA POR PARENTES DE 2º GRAU

(Justificar as razões de impedimento dos familiares de primeiro grau realizarem a autorização)**

*Lei nº 10.211 de março de 2001 / **Decreto 9.175 de 18 de outubro de 2017

3-TESTEMUNHAS

3.1 TESTEMUNHA 1:

Nome completo: _____

RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

3.2 TESTEMUNHA 2:

Nome completo: _____

RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Data da entrevista: ____/____/____ Hora da entrevista: ____:____

OBS.: Anexar cópias do RG e CPF do doador, autorizante e testemunhas, e comprovante de endereço do autorizante.

Assinatura/carimbo do(s) entrevistador(es): _____

FUBOG () CEROF () OPO () e-DOT () OUTROS: _____