



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

VERSÃO 3

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>C.Tx Sede - E-mail: cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br C.Tx Regional - E-mail: centralregional@saude.sp.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS - DOADOR FALECIDO - **MAIOR** DE 18 ANOS

Respeitando as Leis nº 9.434/97 e Decreto nº 9.175, de 18/10/2017, AUTORIZO a doação de órgãos e/ou tecidos de:

Doador: _____	CPF _____
RG: _____	Nascido (a) em ____/____/____ idade ____ natural de: _____ Estado: _____
Residente _____	nº _____
Cidade: _____, Estado: _____	CEP: _____

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

*Grau de Parentesco: () Pai () Mãe () Avô/ó () Irmão/a () Cônjuge/Companheiro () Filho/a
() Neto/a () Curador Comprovado () Autorização Judicial Comprovada

Caso seja utilizada a autorização de **parente de 2º grau** circunstanciar abaixo as razões do impedimento dos familiares de 1º grau (Decreto nº 9.175 – 18/10/2017 - artigo 20 - § 2º)

Circunstanciar aqui - _____

Nome: _____

Natural de: _____ Estado: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ nº _____ complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP _____ Telefone _____ :

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Autorizo a doação de Órgãos: (coração, pulmões, fígado, pâncreas, rins, intestino) e dos tecidos (córneas, ósteo-tendinoso, pele, vasos, válvulas cardíacas)

() Somente para **Fins de Transplante**

() Para Fins de Transplante porém se o Órgão ou Tecido **não for utilizado para transplante**, devido sua qualidade, pode também ser **utilizado para Fins Científicos** (Ensino/Pesquisa)

Observação: O autorizante “**não aceita**” a retirada, especificamente, do Órgão/tecido _____

TESTEMUNHAS

1. Nome _____

RG: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

2. Nome _____

RG: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Local e Data _____, _____ de _____ de _____ Hora _____