



# 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](mailto:cncdosp-plantao@saude.sp.gov.br) C.Tx Regional - E-mail: [centralregional@saude.sp.gov.br](mailto:centralregional@saude.sp.gov.br)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS - DOADOR FALECIDO - **MENOR** 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 ( ) Tutor legal comprovado ( ) Autorização judicial comprovada**

Nome: \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*Grau de Parentesco ( ) Pai ( ) Mãe**

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 \_\_\_\_\_