Central Estadual de Transplantes

Termo de autorização para remoção de múltiplos órgãos/tecidos.

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

1 - DOADOR:

Nome legível: _____ ☐ ME ☐ PCR
Idade: ____ anos Sexo: ( ) M ( ) F Data de Nascimento: ___ / ___ / ____ RG/CPF nº. _____
Endereço completo: _____
_____. Município: _____. Estado:_____.
Hospital: _____. Município: _____ /PR.
Registro Hospitalar: _____. Data do óbito: ___ / ___ / ____ Horário do óbito - __ : __ h

Se menor de 18 anos de idade, obrigatório a autorização de ambos os pais ou responsável legal.

2 - RESPONSÁVEL LEGAL PELA AUTORIZAÇÃO: *** LEI Nº. 10.211 23 de março de 2001**

Nome: _____
Idade: ____ Sexo: _____ RG/CPF nº. _____ Profissão: _____
Grau de parentesco: _____
Endereço Completo: _____
CEP: _____
Município: _____ Estado: _____ Telefone: (____) _____
Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ____ Hora - __ : __ h
***Grau de parentesco: ( ) Pai ( ) Mãe**
Nome: _____
Idade: ____ Sexo: _____ RG/CPF nº. _____ Profissão: _____
Endereço Completo: _____
CEP: _____
Município: _____ Estado: _____ Telefone: (____) _____
Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ____ Hora - __ : __ h

3 - AUTORIZO A RETIRADA DE ÓRGÃOS E/OU TECIDOS:

( ) Coração ( ) Fígado ( ) Rins ( ) Pâncreas ( ) Pulmões ( ) Pele
( ) Coração para valvas ( ) Córneas ( ) Globo ocular ( ) TME - Ossos
( ) Outros: _____

Obs: O autorizante **não aceita** a retirada, especificamente do órgão/tecido:_____
_____

Testemunha (1) Nome legível: _____
RG/CPF nº. _____ Parentesco: _____ Telefone: ( ) _____
Endereço completo: _____
Assinatura: _____
Testemunha (2) Nome legível: _____
RG/CPF nº. _____ Parentesco: _____ Telefone: ( ) _____
Endereço completo: _____
Assinatura: _____
Profissional responsável pela CIHDOTT:
Nome Completo: _____ Conselho: _____ Assinatura: _____

1ª via Cet - PR 2ª via - Hospital 3ª via - Família

Secretaria de Saúde
Central Estadual de Transplante do Paraná
Rua Barão do Rio Branco. 465 - 1° Andar - Centro
Fone: **(41) 3304 - 1900** - Fax: **(41) 3304 - 1903** CEP: 80010 - 180 - Curitiba - Paraná
Http://www.saude.pr.gov.br e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br