**#10**

**FOP 315.02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – (AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS)**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO**  |
| [ ]  **Titular** | [ ]  **Dependente** |
| **Nome (Completo e sem abreviação):**       |
| **Data de Nascimento:**   /  /      | **CPF:**    .   .   -   | **Estado Civil:**       |
| **URR:**       |
| **Endereço:**       |
| **Bairro:**       | **Cidade:**       | **UF:**        | **CEP:**       |
| **Telefone:** (  )      | **Celular:** (  )      |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (DEPENDENTE)** |
| **Nome (Completo e sem abreviação):**       |
| **CPF:**    .   .   -   | **RG:**       |
| **Telefone:** (  )      | **Celular**: (  )      |
| **E-mail:**       |
| **INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO** |
| **Médico:**            | **CRM:**       |
| **Data do procedimento cirúrgico:**   /  /          |
| **Tipo de Anestesia**:        |
| **Diagnóstico:**            |
| **INFORMAÇÕES DO DOADOR**  |
| Este formulário deverá utilizado tanto para doadores de órgãos e tecidos vivos quanto para doadores de órgãos e tecidos mortos. |
| **Nome (Completo e sem abreviação):**       |
| **Data de Nascimento:**   /  /          | **Estado Civil:**             | **Sexo: [ ]** F **[ ]** M |
| **RG**:            | **Órgão Expedidor:**            |
| **CPF:**    .   .   -      | **Nome da mãe:**            |
| **Data do óbito:**   /  /     **(Para doadores de órgãos e tecidos mortos)** | **Hora:**   **:**  **(Para doadores de órgãos e tecidos mortos)** | **N° do caso:**      **(Para doadores de órgãos e tecidos mortos)** |
| **INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL PELA DOAÇÃO**  |
| **[ ]  Pai [ ]  Mãe [ ]  Irmão/a [ ]  Cônjuge [ ]  Filho/a [ ]  Neto/a [ ]  Avó/ô****[ ]**  **Companheiro(a) [ ]  Curador/Tutor comprovado**  **[ ]  Autorização Judicial Comprovada** **\*LEI n° 10.211 de Março 2001 e Decreto 9175 de Outubro 2017.**  |
| **Nome (Completo e sem abreviação):**            |
| **Data de Nascimento:**   /  /       | **CPF:**    .   .   -       |
| **RG:**             | **UF:**             |
| **Bairro:**       | **Cidade:**        | **CEP:**       |
| **Telefone 1:** (  )      | **Telefone 2:** (  )      | **E-mail:**            |
| **AUTORIZAÇÃO CONSENTIDA POR FAMILIARES DE 2°GRAU (DECRETO N°9175 18 OUTUBRO DE 2017)** |
| **Justificar:**       |
| **DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA DOAÇÃO**  |
|  **AUTORIZO**, livre e espontaneamente, sem indução ou coação, a remoção dos órgãos e/ou tecidos para fins de transplante, em conformidade com as disposições das Leis nº 9.434 de 04/02/1997 e nº 10.211 de 23/03/2001. Esta doação é motivada por razões humanitárias, não havendo expectativa de qualquer forma de compensação material.Declaramos também não ter recebido qualquer informação que permita a identificação dos possíveis receptores destes órgãos e tecidos.Concordo com o tratamento dos dados pessoais informados neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Autorização de doação de órgãos) pela POSTAL SAÚDE, para a seguinte finalidade: Identificação e registro de ciência e responsabilidade pessoal, com base nas hipóteses de tratamento; Consentimento, Cumprimento de Obrigação Legal ou Regulatória, Execução de Contrato e Tutela da Saúde em procedimento realizado por profissionais de saúde, conforme previsto na Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).Abaixo indicar o(s) órgão(s) e/ou tecido(s):     **Nota**: as informações deste termo são de total responsabilidade do declarante, sobretudo o grau de parentesco com o doador. |
| **ASSINATURA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. Local e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do responsável pela doação |
| **TESTEMUNHAS:**1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data da entrevista: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora da entrevista: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Nome e assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

