**#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:** FM | |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |

