



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Home page: <http://ctxses.saude.sp.gov.br>

C. Tx sede E-mail: ctranscornea@saude.sp.gov.br Telefone: (11) 3066-8552 ou (11) 3066-8537

C. Tx regional E-mail: centralregional.cornea@saude.sp.gov.br - Telefone: (16) 3607-4264 ou (16) 3607-4265

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR - **MAIOR** DE 18 ANOS

1- DOADOR

Nome _____ Idade _____

Sexo: () M () F Nascimento ____/____/____ CPF _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ nº _____

complemento _____ Município: _____ Estado: _____

Data do Óbito: ____/____/____ Horário do óbito: ____:____

2- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

*Grau de Parentesco: () Pai () Mãe () Avô/ó () Irmão/ã () Cônjuge () Filho/a

() Neto/a () Curador comprovado () Autorização judicial comprovada

Nome: _____ Natural de: _____

Estado: _____ CPF _____ Endereço: _____

_____ nº _____ complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP _____ telefone: _____

Assinatura: _____ data: ____/____/____

3 – AUTORIZADO A RETIRADA DE TECIDO OCULAR

() Somente para fins de Transplante

() O Tecido que não for utilizado para transplante, devido sua qualidade, pode ser utilizado para fins científico (Ensino/Pesquisa)

Testemunha 1: Nome _____

CPF _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2: Nome _____

CPF _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

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

Profissional responsável pela entrevista familiar (carimbo, assinatura e registro profissional)