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 - MENOR DE 18 ANOS

1- DOADOR

Nome_____Idade_____

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

Endereço:_____nº_____

complemento _____Município: _____Estado:_____

Hospital_____Município_____

Data do Óbito:_____/_____/_____ Horário do óbito: _____:_____

2- RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

***Grau de Parentesco ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Tutor legal comprovado ( ) Autorização judicial comprovada**

Nome: _____Natural de: _____

Estado:_____CPF_____Endereço:_____

_____nº_____complemento:_____

Cidade: _____Estado: _____CEP_____ Telefone:_____

Assinatura:_____Data:____/____/_____

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

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)