

Eu, _____
NOME _____
naturalidade, _____ / _____ / _____
CIDADE UF PROFISSÃO ESTADO CIVIL RG CPF
Residente e domiciliado (a) a rua, _____
ENDEREÇO Nº _____
fone (_____) _____
COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF TELEFONE
adiante subscrito (a), pelo presente instrumento faço doação de _____ (especificar qual o tecido, parte do corpo objeto da doação) de meu corpo, **totalmente ciente dos riscos que tal ato agrega, conforme esclarecimento médico prévio que tive a respeito, através do (a) medico (a),** _____
NOME DO MEDICO CRM _____
Este ato de disposição é feito em **caráter gratuito**, em benefício de _____
NOME _____
naturalidade, _____ / _____ / _____
CIDADE UF PROFISSÃO ESTADO CIVIL RG CPF
Residente e domiciliado (a) a rua, _____
ENDEREÇO Nº _____
fone (_____) _____
COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF TELEFONE
meu (minha) _____, (Indicar o vínculo de parentesco consanguíneo ou conjugal com o (a) receptor (a)) _____
Estou ciente de que esta **doação poderá ser por mim revogada a qualquer momento**, antes de iniciado o respectivo procedimento cirúrgico de retirada do (de) _____ (tecido, órgão ou parte do corpo que está sendo doada), objeto da presente disposição, bem como que tal ato atende a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

CIDADE DATA ASSINATURA DO DOADOR/RESPONSÁVEL LEGAL

(Testemunha 1): _____
NOME _____
naturalidade, _____ / _____ / _____
CIDADE UF PROFISSÃO ESTADO CIVIL RG CPF
Residente e domiciliado (a) a rua, _____
ENDEREÇO Nº _____
fone (_____) _____
COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF TELEFONE
Adiante subscrito (a), pelo presente reconheço que (nome do doador) _____
esta realizando voluntariamente e de modo gratuito a doação de _____, **totalmente ciente dos riscos que tal ato agrega.**
Assinatura: _____

* A testemunha deve ser escolhida pelo doador e deve ser maior de idade

(Testemunha 2): _____
NOME _____
naturalidade, _____ / _____ / _____
CIDADE UF PROFISSÃO ESTADO CIVIL RG CPF
Residente e domiciliado (a) a rua, _____
ENDEREÇO Nº _____
fone (_____) _____
COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF TELEFONE
Adiante subscrito (a), pelo presente reconheço que (nome do doador) _____
esta realizando voluntariamente e de modo gratuito a doação de _____, **totalmente ciente dos riscos que tal ato agrega.**
Assinatura: _____

* A testemunha deve ser escolhida pelo doador e deve ser maior de idade

Observações:

- a) Este termo deve ser assinado em três vias, uma será arquivada no prontuário do receptor, uma será entregue ao doador e outra será entregue ao estabelecimento de saúde onde se realizará o transplante e ficando anexado ao prontuário do doador vivo, nos termos dos artigos 27, e 29, §4º, do Decreto Federal nº 9175/2017, da Lei 9.434/1997, alterada pela Lei 10.211/2001;
- b) Deve ser encaminhada uma cópia do presente termo a Central Estadual de Transplantes, através do e-mail: "sesatran@sesa.pr.gov.br";
- c) A gestante não poderá doar tecidos, órgão ou parte do seu corpo vivo, exceto quando se tratar de transplante de medula óssea e este não oferecer risco à sua saúde ou ao feto;
- d) O doador deverá ser juridicamente capaz, nos termos da lei civil;
- e) **As testemunhas deverão ser escolhidas pelo doador**
- f) As doações entre indivíduos vivos não relacionados dependerão de autorização judicial;
- g) O auto-transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico, ou, se ele for juridicamente incapaz, do consentimento de um de seus pais ou responsáveis legais;
- h) Este documento se aplica à doação de órgão, tecidos ou parte do corpo humano vivo em benefício de cônjuge/companheiro ou parente consanguíneo até o 4º grau, inclusive (2º grau, irmãos; 3º grau, sobrinhos e tios; 4º grau, primos e tios-avós) e aos casos entre doador e receptor não relacionados, **os quais continuam necessitando de autorização judicial e aprovação da Comissão de Ética/Bioética do estabelecimento de saúde transplantador**, nos termos do Decreto Federal nº 9175/2017, da Lei 9.434/1997, alterada pela Lei 10.211/2001.
- i) Quando se tratar de doação para receptor aparentado deverá instruir o presente documentação civil que evidencie o grau de parentesco consanguíneo do doador (a) com o receptor (a) ou o respectivo vínculo matrimonial ou união estável;
- j) O estabelecimento de saúde, público ou privado, e as equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante deverão estar previamente autorizados pelo órgão de gestão regional do SUS.

Orientações ao Doador:

Doador: _____

Receptor: _____

1. O transplante com doador vivo consiste na remoção de um órgão (rim ou fração de fígado) de um doador sadio e implante deste órgão em outro paciente;
2. A doação de um órgão para transplante, nos termos dos artigos 27 e 29 do Decreto Federal nº 9175/2017 é um ato **ESPONTÂNEO** e **GRATUITO**;
3. O doador vivo deve ter sido orientado de que a doação de um órgão se trata de um procedimento que poderá limitar sua capacidade física e que deverá manter hábitos saudáveis de vida a fim diminuir o risco de complicações pós-cirúrgica e adaptar-se a sua nova condição física;
4. O doador vivo deve estar ciente de que, após a doação, deverá realizar acompanhamento médico ambulatorial conforme orientação da equipe da nefrologia.
5. O doador vivo deve ter sido orientado de que a doação de um órgão trata-se de um procedimento invasivo, onde podem ocorrer complicações como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.
6. O doador vivo deve estar ciente de que a doação de um de seus órgãos envolve um procedimento cirúrgico que pode apresentar os mesmos riscos relacionados à anestesia como reação anafilática e hipertermia maligna, além de complicações relacionadas com o ato cirúrgico como sangramento e que dependendo da sua gravidade pode evoluir para a morte.
7. O doador deve estar ciente que, pode ocorrer, com o passar do tempo, uma tendência à pressão alta, maior incidência á calculo renal, e pequenas alterações no exame de urina.
8. Antes de dar meu consentimento, confirmo que tive a oportunidade de ler e compreender todas as informações deste documento, além de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas aos procedimentos que serão realizados, tendo estas informações sido prestadas pelo(a) doutor(a) _____/CRM: _____, e que desejo ser submetido a este procedimento.

_____, _____, _____, _____
Cidade Data Assinatura do Doador / Responsável Legal

Testemunha 1

Testemunha 2