



## DOAÇÃO COM RESTRIÇÕES

(Assinalar os órgãos e tecidos que PODEM SER DOADOS para transplante ou enxerto)

- |                          |          |                          |  |
|--------------------------|----------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Coração  | <input type="checkbox"/> | Valvulas cardíacas                           |
| <input type="checkbox"/> | Rins     | <input type="checkbox"/> | Vasos sanguíneos (artérias e veias)          |
| <input type="checkbox"/> | Pâncreas | <input type="checkbox"/> | Córneas                                      |
| <input type="checkbox"/> | Fígado   | <input type="checkbox"/> | Pele   |
| <input type="checkbox"/> | Pulmões  | <input type="checkbox"/> | Ossos, tendões, ligamentos, meniscos e fásia |

**Declaro que li e compreendi na íntegra este formulário e tive a oportunidade para esclarecer questões que tenham surgido durante o seu preenchimento.**

\_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Hora

\_\_\_\_\_

Nome da pessoa que obteve o consentimento

\_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa que obteve o consentimento