



**NINGUÉM É
OBRIGADO
A SER DADOR
DE ÓRGÃOS E TECIDOS.
MAS SE DOAR
OS SEUS,
ALGUÉM VAI DIZER
OBRIGADO**

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP
Serviços Centrais
Avenida Miguel Bombarda, n.º 6
1000-208 Lisboa
T. 210 063 053
E. transplantacao@ipst.min-saude.pt

www.ipst.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Instituto Português
do Sangue e da
Transplantação, IP

PO.41.2



É essencial saber

**ÓRGÃOS e TECIDOS
DOAR
OU
NÃO DOAR,
EIS A QUESTÃO
A RESPOSTA É SUA**

RENDA
REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES

www.ipst.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Instituto Português
do Sangue e da
Transplantação, IP

O QUE É O RENNDA?

O Registo Nacional De Não Dadores - **RENNDA** - é um registo informatizado de todos os cidadãos que se queiram opor à dádiva de órgãos e/ou tecidos após a morte. Compete às entidades autorizadas fazer a verificação de oposição ou restrições à dádiva no início do processo de doação.

QUEM PODE INSCREVER-SE NO RENNDA?

Qualquer cidadão nacional ou estrangeiro com residência permanente em Portugal. A inscrição de menores e incapacitados deverá ser efetuada pelos representantes legais.

ONDE PODE SER FEITA A INSCRIÇÃO?

A inscrição no RENNDA pode ser feita em qualquer Centro de Saúde, Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, que não obrigatoriamente da sua área de residência, onde se encontra disponível o formulário de inscrição. É também permitida a possibilidade de imprimir o formulário disponível no site do IPST, IP (www.ipst.pt), devendo, neste caso, imprimir e preencher três exemplares do formulário.

A INSCRIÇÃO TEM EFEITO IMEDIATO?

A inscrição no RENNDA só produz efeito 4 dias após a receção do formulário na entidade responsável pela gestão do registo (SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE).

O cartão de não dador é enviado para a morada indicada no formulário, no prazo de 31 dias após a receção do formulário pelos SPMS, entidade responsável pela gestão do registo.

Após a inscrição no RENNDA e até à receção do cartão de não dador, o triplicado do formulário serve de comprovativo e deve sempre trazê-lo consigo.

A INSCRIÇÃO TEM ALGUMA IMPLICAÇÃO?

A inscrição no RENNDA não muda qualquer direito como utente do Serviço Nacional de Saúde, nem o direito de beneficiar de um transplante, caso necessite.



COMO É FEITO O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO?

O formulário do RENNDA é preenchido com letra legível, preferencialmente letra de máquina, sempre com maiúsculas.

No cabeçalho estão identificadas 4 opções para as quais o formulário pode ser preenchido. Assinalar apenas uma opção

RENNDA - REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES	
Lei nº 123/93, de 22 de Abril	
☐	Inscrição no Registo Nacional de Não Dadores
☐	Pedido de 2.ª Via do Cartão - (preencher APENAS a identificação de não dador)
☐	Anulação do Registo - (preencher todos os dados - este registo é válido AUTOMATICAMENTE até 3 meses)
☐	Anulação do registo no RENNDA - (preencher a identificação de não dador)

IDENTIFICAÇÃO DO NÃO DADOR

1 Este campo é de **preenchimento obrigatório**. O campo "Número", referente ao número de não dador, deverá ser preenchido apenas pelos não dadores já inscritos que estejam a **solicitar 2ª via do cartão, alteração de dados ou anulação do registo**.

1. À PREENCHER PELO REQUERENTE	
IDENTIFICAÇÃO DO NÃO DADOR	
NÚMERO	(preencher apenas nos casos de pedido de 2ª via do cartão ou alteração dos dados)
NOME	
MORADA: Rua / Av.º	N.º / Lote Andar
Localidade	C.P. Telefone
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE (País)
SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino	NACIONALIDADE
IDENTIFICAÇÃO: ☐ BI/CC ☐ Outro	Assinatura N.º Assinatura (País) N.º

2 IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

Campo a ser preenchido pelo representante legal, **sempre que o utente a inscrever seja menor de idade ou incapaz**. Os dados constantes deste campo referem-se ao representante legal e não ao utente a inscrever no registo.

2. IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL	
A preencher apenas nos casos em que o não dador é menor ou incapaz	
QUALIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (Pa, Mã, Tutor, etc)	
NOME	
MORADA: Rua / Av.º	N.º / Lote Andar
Localidade	C.P. Telefone
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE (País)
SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino	NACIONALIDADE
IDENTIFICAÇÃO: ☐ BI/CC ☐ Outro	Assinatura N.º Assinatura (País) N.º

3 RESTRIÇÕES À DÁDIVA

A oposição à doação de órgãos e/ou tecidos pode ser **total** ou **parcial**. Se este campo for deixado em branco, assume-se a oposição total. Caso pretenda uma oposição parcial, deve indicar o ponto 1. e/ou o ponto 2. e/ou o ponto 3.

3. RESTRIÇÕES À DÁDIVA	
A preencher apenas nos casos de indisponibilidade para a dádiva ser feita a certos órgãos, tecidos ou fins	
1. Preencher: ☐ NÃO SER DADOR de órgãos e tecidos no caso de este ser necessário para fins de: ☐ Transplante ☐ Diagnóstico/Transplante	
2. Preencher: ☐ APENAS NÃO DOAR os seguintes órgãos ou tecidos:	
3. Preencher: ☐ NÃO SER DADOR de órgãos ou tecidos nas situações em que a realização depende da realização de intervenções médicas destinadas unicamente à preservação de órgãos para transplantação, no contexto de dádiva após morte por critérios cerebrais controlados (segundo DZ de Mortalidade)	

Órgãos que podem ser doados: coração, pulmões, rins, fígado, pâncreas, intestino e estômago. Tecidos que podem ser doados: córnea, pele, válvulas cardíacas, vasos sanguíneos e osso.

4 ANULAÇÃO DO REGISTO

Campo a ser preenchido sempre que um utente inscrito no RENNDA queira anular essa inscrição e passar à qualidade de dador.

4. ANULAÇÃO DO REGISTO NO RENNDA - PASSAGEM À QUALIDADE DE DADOR	
A preencher apenas no caso de anulação de inscrição no RENNDA	
Declara que pretende PASSAR À QUALIDADE DE DADOR, anulando a minha inscrição no RENNDA e ficando a minha do respectivo Cartão de Não Dador.	
Data:	Assinatura

5 ASSINATURA DO REQUERENTE

O utente deve assinar neste campo, confirmando a veracidade dos dados incluídos nos campos anteriores, independentemente da finalidade do preenchimento do formulário.

5. À ASSINAR PELO REQUERENTE	
Declara que são verdadeiros os dados acima indicados, não havendo omissão de qualquer informação.	
Data:	Assinatura

6 CONFIRMAÇÃO PELA UNIDADE RECETORA

Este campo é preenchido pelo funcionário que recebe o formulário, indicando a Unidade de Saúde de Cuidados Primários recetora.

6. A PREENCHER PELOS SERVIÇOS	
Centro de Saúde / Unidade de Saúde Familiar / Balço do Ministério da Saúde ou Loja do Cidadão	
Data:	O Funcionário