



....., _____ de _____ de 20 ____.

Ao Promotor Público da Comarca de

O (potencial doador),
atualmente internado na Unidade de do Hospital.....
....., município de, Santa
Catarina, foi diagnosticado em Morte Cerebral, conforme Resolução do Conselho Federal de
Medicina nº 2173/2017, a qual estabelece os critérios para tal diagnóstico.

Segundo a LEI Nº 10.211 23 de março de 2001 e Decreto Presidencial nº 9175/18-10-
2017, artigo 20, § 1º “ A autorização deverá ser do cônjuge, do companheiro ou de parente
consanguíneo, de maior idade e juridicamente capaz, na linha reta ou colateral, até o segundo
grau, e firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte
e o § 3º “A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano de falecidos incapazes,
nos termos da lei civil, dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de
quem lhes detinha, ao tempo da morte, o poder familiar exclusivo, a tutela ou a curatela.
Complementando no § 4º que “Os casos que não se enquadrem nas hipóteses previstas no § 1º
ao §3º dependerão de prévia autorização judicial.

Neste caso a situação é

.....
.....
.....
.....
.....

Assim sendo, o(a) Sr(a),
cujo grau de parentesco é na qualidade de
autoriza a doação de órgãos e tecidos, conforme documento em anexo, na presença de testemunhas.

Como o autorizante não se enquadra no previsto pela lei supracitada, necessita-se de uma
avaliação do caso para proceder-se de forma legal tal decisão familiar.

Atenciosamente,

NOME E ASSINATURA DO MEMBRO DA CHT