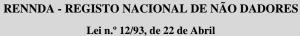
MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Inscrição no Registo Nacional de Não Dadores





- inscrição no Registo Nacional de Não Dadoles

Pedido de 2.ª Via do Cartão - (preencher APENAS a identificação de não dador)

- Alteração de Dados - (preencher todos os dados - este impresso substitui INTEGRALMENTE o(s) anterior(s)

- Anulação do registo no RENNDA - (passagem à qualidade de dador)

Os dados constantes deste requerimento destinam-se a identificação dos cidadãos não dadores de órgãos ou tecidos, mediante processamento automático e conservação em Base de Dados pela qual é responsável os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, IP, sito em Avenida da República, n.º 61, 1069-032 LISBOA.

A falta ou inexactidão no preenchimento dos dados, in Ao requerente ou seu representante legal é reconhecido		stadas na base de dados.
1	A PREENCHER PELO REQUERENTE	
	IDENTIFICAÇÃO DO NÃO DADOR	
	encher apenas nos casos de pedido de 2ª via do car	tão ou alteração dos dados)
NOME:		NO/Lete Ander
MORADA: Rua / Av.ª Localidade	C.P.	N.° / Lote Andar Telefone
DATA DE NASCIMENTO: / /	NATURALIDADE (Freguesia / País):	Telefolie
dd mm aaaa	TWO CALLET ADE (Treguesia / Tais).	_
SEXO: Masculino Feminino	NACIONALIDADE:	
IDENTIFICAÇÃO: BI	Arquivo	N.°
Outra	Ano-Séries/País	N.°
2 I	DENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL	
A preencher ap	penas nos casos em que o não dador é menor o	u incapaz
QUALIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (Pai	Mãe, Tutor, etc)	
NOME:		
MORADA: Rua / Av. a		N.° / Lote Andar
Localidade	C.P.	Telefone
DATA DE NASCIMENTO: dd mm aaaa	NATURALIDADE (Freguesia / País):	_
SEXO: Masculino Feminino	NACIONALIDADE:	
IDENTIFICAÇÃO: BI	Arquivo	N.°
Outra	Ano-Séries/País	N.°
3	Restrições à Dádiva	
A preencher apenas nos casos da indisponibilidade para a dádiva ser restrita a certos órgãos, tecidos ou fins		
1. Pretendo: NÃO SER DADOR de órgãos e tecidos no caso de estes serem para fins de:		
Transplante Diagnóstico/Terapêutico		
2. Pretendo, APENAS, NÃO DOAR os seguintes órgãos ou tecidos		
Anulação do Registo no RENNDA - Passagem à Qualidade de Dador		
A preencher apenas no caso de anulação de inscrição no RENNDA		
Declaro que pretendo PASSAR À QUALIDADE D de Não Dador.	E DADOR, anulando a minha inscrição no REN	NDA e fazendo a entrega do respectivo Cartão
Data: / / Assinatu	ra	
dd mm aaaa	ra	
5	A Assinar pelo Requerente	
Confirmo que são verdadeiros os dados acima inscrito		
Data: / / Assinatu		
dd mm aaaa	···-	_
A Preencher pelos Serviços		
CENTRO DE SAÚDE / UNIDADE DE SAÚDE FAMIL	iar / Balcões do Ministério da Saúde na	Loja do
Cidadão		
Data:	O Funcionário	