

# VALE VIDA

## O CARTÃO DE DOADOR DE ÓRGÃOS

Se eu vier a sofrer morte cerebral,  
assumi em vida o compromisso  
de doar meus órgãos com  
a finalidade de ajudar a restaurar  
a vida de pessoas que necessitam  
de transplantes.



Secretaria de Estado de Saúde – RJ

---

Assinatura

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Em caso de acidente avisar: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

**Sou doador (a) de :**

- |  |                                  |                                  |                                   |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Todos os órgãos | <input type="checkbox"/> Coração | <input type="checkbox"/> Córneas | <input type="checkbox"/> Pulmões  |
| <input type="checkbox"/> Fígado          | <input type="checkbox"/> Rins    | <input type="checkbox"/> Ossos   | <input type="checkbox"/> Pâncreas |

**DOE ÓRGÃOS, DOE VIDA.**

Avise a sua família

Tel: 2587-6111 2587-6444 2587-6464