



- Inscrição no Registo Nacional de Não Dadores
- 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 RENDDA - (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, inviabiliza a inscrição no RENDDA.

Ao requerente ou seu representante legal é reconhecido o direito de acesso às informações sobre ele registadas na base de dados.

1 A 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.ª _____ N.º / Lote _____ Andar _____
Localidade _____ C.P. _____ Telefone _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE (Freguesia / País): _____
dd mm aaaa

SEXO: Masculino Feminino NACIONALIDADE: _____

IDENTIFICAÇÃO: BI / CC Arquivo _____ N.º _____
 Outra _____ Ano-Séries/País _____ N.º _____

2 IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

A preencher apenas nos casos em que o não dador é menor ou incapaz

QUALIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (Pai, Mãe, Tutor, etc)

NOME: _____

MORADA: Rua / Av.ª _____ N.º / Lote _____ Andar _____
Localidade _____ C.P. _____ Telefone _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE (Freguesia / País): _____
dd mm aaaa

SEXO: Masculino Feminino NACIONALIDADE: _____

IDENTIFICAÇÃO: BI / CC Arquivo _____ N.º _____
 Outra _____ Ano-Séries/País _____ N.º _____

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

4 ANULAÇÃO DO REGISTO NO RENDDA - PASSAGEM À QUALIDADE DE DADOR

A preencher apenas no caso de anulação de inscrição no RENDDA

Declaro que pretendo **PASSAR À QUALIDADE DE DADOR**, anulando a minha inscrição no RENDDA e fazendo a entrega do respectivo **Cartão de Não Dador**.

Data: ____/____/____ Assinatura _____
dd mm aaaa

5 A ASSINAR PELO REQUERENTE

Confirmando que são verdadeiros os dados acima inscritos, não havendo omissão de qualquer informação.

Data: ____/____/____ Assinatura _____
dd mm aaaa

6 A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

CENTRO DE SAÚDE / UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR / BALCÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA LOJA DO CIDADÃO

Data: ____/____/____ O Funcionário _____
dd mm aaaa