



COMUNICAÇÃO DE LOGÍSTICA PARA TRANSPORTE DE CÓRNEA ACEITA PARA TRANSPLANTE

INSTITUIÇÃO DE TRANSPLANTE: _____
MUNICÍPIO: _____

DOADOR _____ RGCT _____

RECEPTOR _____
RGCT: _____

BANCO DE OLHOS DE _____
MUNICÍPIO _____

TIPO DE TRANSPORTE ÔNIBUS () VOO COMERCIAL () OUTRO _____
EMPRESA _____

DATA DA SAÍDA ____/____/____ HORÁRIO DE SAÍDA: _____

Nº DO TRANSPORTE: _____

PREVISÃO DE CHEGADA AO DESTINO

DATA DE CHEGADA _____ / _____ / 20 ____

HORÁRIO DE CHEGADA _____ : _____ H

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO _____

RG () ou CPF () ou MATRÍCULA ()

TELEFONE DE CONTATO: () _____

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE TRANSPLANTE SOBRE A LOGÍSTICA

- Preencher este formulário e **ENVIAR DIRETO** para o Banco de Olhos do tecido aceito
- Confirmar com o Banco de Olhos o cumprimento da logística
- Retirar o tecido ocular no local definido na logística
- Comunicar imediatamente o Banco de Olhos qualquer intercorrência relacionada a logística

HRHMG-Florianópolis: (48) 33664-7292 / (48) 96560021 (whatsapp) bancodeolhoshrsj@saude.sc.gov.br
HMSJ- Joinville: (47) 3433 – 3431 bolhosjoinville@gmail.com
HRO- Chapecó: (49) 3321 – 6523 captacao@hro.org.br