



CADASTRO DE RECEPTOR DE ESCLERA

NOME _____
Nº CPF _____ Nº CNS _____
DATA DE NASC. ____/____/____ IDADE ____ anos SEXO _____ COR _____
ENDEREÇO – RUA _____ Nº _____
BAIRRO _____ CIDADE _____ ESTADO _____
CEP _____ TELEFONE(S) (0____) _____

CENTRO DE TRANSPL. _____ TEL.(s)(____) _____
EQUIPE DE TRANSPL. _____ TEL(s).(____) _____
DIAGNÓSTICO _____ DATA DO DIAG. ____/____/____
CIRURGIA PROPOSTA _____
DATA DA CIRURGIA ____/____/____ HORÁRIO PREVISTO _____ H

1º TRANSPLANTE () SIM () NÃO; RETRANSPLANTE (Retx) (anotar data e hospital onde realizou o retx)

() 2º Retx DATA ____/____/____ HOSP. _____
() 3º Retx DATA ____/____/____ HOSP. _____

DATA ____/____/____ ASSINATURA/CARIMBO _____ CRM _____

ESPAÇO RESERVADO PARA O BTOC DA REGIÃO DA EQUIPE

DATA DA CHEGADA DO PEDIDO ____/____/____ HORA ____:____
INICIAIS DO DOADOR _____ RGCT _____
DATA DOAÇÃO ____/____/____ HOSPITAL _____
BTOC (QUE PROCESSOU A ESCLERA) _____ ESCLERA D() E()

AUTORIZAÇÃO/LIBERAÇÃO DE ESCLERA PELA CET/SC

TÉCNICO _____ DATA ____/____/____ HORA: _____

BTOC DE SANTA CATARINA

HRHMG-Florianópolis: (48) 3664-7292 / (48) 996560021 (whatsapp) bancodeolhoshrs@saude.sc.gov.br
HMSJ- Joinville: (47) 3433 – 3431 bolhosjoinville@gmail.com
HRO- Chapecó: (49) 3321 – 6523 captacao@hro.org.br