

ORIENTAÇÕES PARA ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR PARA DEVOLUÇÃO AO BANCO DE OLHOS

CENTRO DE TRANSPLANTE _____

MUNICÍPIO _____

RECEPTOR DO TRANSPLANTE CANCELADO: _____

RGCT: _____

INFORMAÇÕES PARA TRANSPORTE

ACONDICIONAMENTO: Data ___/___/___ Hora __:___h

TEMPERATURA DA CAIXA TÉRMICA NO MOMENTO DO ENVIO PARA BTOC: _____°C

RESPONSÁVEL PELO ACONDICIONAMENTO: _____

Atenção: Temperatura aceitável para transporte: 2° a 8°C

1. MATERIAL NECESSÁRIO PARA ACONDICIONAMENTO:

- Caixa térmica de parede **rígida** de +/- 15 litros
- 6 **GELOX®** congelados (**NÃO PODE** ser usado gelo em cubo)
- Suporte para fixar o frasco com a **tecido ocular** (córnea/ esclera)
- Este formulário de **ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR** preenchido
- 1 **saco plástico** para proteção deste formulário
- **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE CAIXA TÉRMICA PARA TRANSPORTE** de **MATERIAL BIOLÓGICO**, conforme a empresa de ônibus a ser utilizada
- **Frasco com o tecido ocular a ser devolvido**

2. **Antes** de colocar a córnea/esclera na caixa térmica, climatizar a caixa térmica com **GELOX®**, deixando a **temperatura interna entre 2° a 8°C**

3. Colocar os materiais **DENTRO** da caixa térmica, conforme modelo da foto

- Os frascos com córnea/esclera, **SEM CONTATO DIRETO** com o **Gelox®**
- Este formulário de **ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR HUMANO PARA BANCO DE OLHOS** protegido por 1 **SACO PLÁSTICO** lacrado com fita adesiva par não molhar0



4. Caixa térmica **LACRADA** e **IDENTIFICADA** com a **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO PARA TRANSPORTE** de **MATERIAL BIOLÓGICO** abaixo, conforme a **empresa de ônibus utilizada** (Reunidas ou outras)

5. A caixa térmica será devolvida para equipe pelo **BTOC**

ORIENTAÇÕES PARA ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR PARA DEVOLUÇÃO AO BANCO DE OLHOS

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXA TÉRMICA (MODELO 1- REUNIDAS)

MATERIAL BIOLÓGICO - FRÁGIL

REMETENTE

INSTITUIÇÃO: _____ MUNICÍPIO _____ SC

RESPONSÁVEL PELO ENVIO: _____ CONTATO TELEFÔNICO: ()

INFORMAÇÕES DA REUNIDAS

Nº ÔNIBUS : _____

SAÍDA: _____ DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____ H

CHEGADA EM _____ LOCAL: RODOVIÁRIA () GARAGEM ()

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____ H

PAGADOR DO FRETE: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

CNPJ DO PAGADOR: 80.673.411/0001-87 - CONTRATO 079/2017

DESTINATÁRIO: BANCO DE OLHOS: Município:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO DESTINO: _____ Telefone ()

ORIENTAÇÕES PARA ACONDICIONAMENTO DE TECIDO OCULAR PARA DEVOLUÇÃO AO BANCO DE OLHOS



**TOMADOR DO SERVIÇO = FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE
CNPJ = 80.673.411/0001-87 - CONTRATO NÚMERO 079/2017
DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO E RESPONSABILIDADE**

Declaro, para os devidos fins de direito, que os bens abaixo discriminados, não existem mercadorias destinadas a fins comerciais, drogas ou contrabando, materiais perecíveis, deterioráveis e frágeis ocultos, dinheiro, Bens frutos de contrabando ou adquiridas sem emissão da competente documentação fiscal ou quaisquer outros objetos sujeitos a tributos Municipais, Estaduais ou Federais, ou que possam violar o monopólio postal, responsabilizando-me por quaisquer multas ou prejuízos decorrente de informações incorretas que venham causar danos e bens de terceiros, ao equipamento de transporte ou a apreensão pela fiscalização competente, isentando de qualquer responsabilidade a REUNIDAS S.A TRANSPORTES COLETIVOS, REUNIDAS TRANS. RODOVIARIO DE CARGAS S.A., REAL TRANSPORTE E TURISMO S.A. Responsável pelo seu transporte. Estou ciente ainda de que, em caso de acidente ou extravio, só terei direito ao ressarcimento do valor por mim declarado.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: _____ FONE: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CPF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO DESTINATÁRIO: BTOC _____

FONE:

ENDEREÇO:

IDENTIFICAÇÃO DOS BENS

VOLUME	QTD									

OBS: CADA ITEM DEVERÁ SER DECLARADO NO VALOR DE R\$ 100,00.

VALOR TOTAL DECLARADO: R\$ _____

NOME COMPLETO: _____

DATA: __/__/____.

ASSINATURA: _____