



SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES  
CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANA  
Ficha de Notificação de Transplante Fígado  
**DOADOR VIVO**



<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> CONVENIO	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DADOS DO RECEPTOR**

<b>ESTABELECIMENTO/SERVIÇO TRANSPLANTADOR</b>		<b>MUNICIPIO</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>DATA DO TRANSPLANTE</b>		<b>HORA DO TRANSPLANTE</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>NOME DO RECEPTOR</b>		<b>RGCT</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>DATA NASCIMENTO:</b>	<input type="text"/>	<b>IDADE:</b>	<input type="text"/>
		<b>ABO:</b>	<input type="text"/>

**DADOS DO DOADOR**

<b>NOME DO DOADOR</b>		<b>GRAU PARENTESCO</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>DATA NASCIMENTO:</b>	<input type="text"/>	<b>IDADE:</b>	<input type="text"/>
		<b>ABO:</b>	<input type="text"/>
<b>ENDEREÇO</b>		<b>Nº</b>	<b>BAIRRO</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>COMPLEMENTO</b>	<b>CEP</b>	<b>CIDADE</b>	<b>UF</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>FONE</b>		<b>CELULAR</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**OBS: comunicar a realização do transplante de imediato através do fax (41) 3232-4384**

---

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO