

PELE VALVAS TME
 SUS CONVENIO PARTICULAR

BANCO ORIGEM:	_____
NOME DO RECEPTOR:	_____
SERVIÇO/HOSPITAL:	_____
MEDICO RESPONSÁVEL:	_____
DATA CIRURGIA:	_____
HORA:	_____

INFORMAÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO

TIPO	TAMANHO/MEDIDAS/GRANULAÇÃO/APRESENTAÇÃO

Observação: Encaminhar notificação à CNCDO-PR em até 07 dias após a realização do enxerto.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

DATA