

## TERMO DE OPÇÃO CENTRO TRANSPLANTADOR OU CNCDO

### 1. DADOS DO RECEPTOR

Eu, _____	_____	_____	_____
	(Nome)		
_____	_____	_____	_____
(RG)	(CPF)	(Cartão do SUS)	
Residente e domiciliado (a) na rua _____	_____	_____	_____
	(Rua)		
_____	_____	_____	_____
(Cidade)	(UF)	(Telefone)	
cadastro nº _____	_____	_____	_____
(RGCT)	(Data)	(CNCDO)	
Pelo presente instrumento, declaro para os devidos fins que é de minha livre e espontânea vontade a escolha do serviço _____, para a realização do meu transplante _____,			
(Nome do Hospital/ou Equipe)		(Órgão)	
sob os cuidados médicos do (a) _____			
			Nome do Medico (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Cidade

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

### 2. DADOS DO SERVIÇO DE TRANSPLANTES

Centro Transplantador: _____
Responsável Técnico (Medico): _____
Fone: (_____) _____ Fax: (_____) _____

**Declaro estar de acordo com o recebimento do paciente acima citado para tratamento neste serviço.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico transplantador  
responsável

\_\_\_\_\_  
Cidade

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data