



BANCO DE TECIDOS
HUMANOS

SOLICITAÇÃO DE TECIDOS

Versão000
Revisão em:

Data da solicitação: ____/____/____ Solicitação: _____ (preenchido pelo BTH)

INFORMAÇÕES DO(A) CIRURGIÃO(Ã)

Cirurgião(ã) solicitante: _____ CRM: _____
Especialidade: _____ Cadastro no SNT: _____

INFORMAÇÕES DO(S) TECIDO(S)

ID tecido	Especificação do Tecido*
ID tecido	Especificação do Tecido*
ID tecido	Especificação do Tecido*

*Exemplo: comprimento, massa, volume, lado...

INFORMAÇÕES DO(A) PACIENTE (campos de preenchimento obrigatório de acordo com a Portaria 2600 – 21/10/2009)

Nome do(a) paciente: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ()Mas ()Fem RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____ Telefone(s): () _____
Nome do(a) responsável: _____
RG do(a) responsável: _____ CPF do(a) responsável: _____

INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS

Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Diagnóstico: _____ Procedimento: _____
Hospital: _____ Cadastro SNT: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Plano de saúde: ()SUS ()Convênio – Qual: _____ Autorizado: ()Sim ()Não

RESPONSÁVEIS PELO RECEBIMENTO DOS TECIDOS

No aeroporto: _____ RG: _____ Telefone: () _____
No hospital: _____ Telefone: () _____
Responsável pelo preenchimento deste formulário: _____
Cargo: _____ Função: _____
E-mail: _____ Telefone: () _____

Assinatura do(a) responsável