



SANTA CASA  
de São Paulo

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Banco de Tecidos Salvador Arena  
BANCO DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS



## TERMO DE ACEITAÇÃO DE TECIDO MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG.: \_\_\_\_\_ e do CPF.: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
filho de (nome da mãe) \_\_\_\_\_ residente e  
domiciliado na \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_, Cep.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
Estado: \_\_\_\_\_, Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_,

por este Termo de Aceitação, tomo consciência de que o enxerto homólogo a ser utilizado na reparação ou reconstrução de minha doença foi submetido aos mais rigorosos testes de controles sorológicos e bacteriológicos com a finalidade de se evitar a transmissão de doenças.

Entendo, também, que em alguns pacientes pode não haver incorporação do enxerto ao foco de reparação, uma vez que fatores independentes da qualidade do enxerto do banco podem influenciar a integração do mesmo.

Estou de acordo com todas as explicações e comprometo-me a arcar, se necessário, com os custos operacionais que envolvem a coleta, processamento, armazenamento, embalagem e testes de laboratório (exceto sorologia) para controle de qualidade do enxerto a ser utilizado.

Cidade: \_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### Testemunha:

Nome: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### Testemunha:

Nome: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura