

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Requisição Externa de Tecido Músculo-Esquelético

Data da Solicitação: ____/____/____	Horário da Solicitação: ____:____	Origem: () SUS () Particular () Convênio _____
---	---	---

Numeração preenchida pelo Banco de Tecidos:

Número de Reserva:	Número de Solicitação:	Número de Pedido:	Número de Distribuição:
---------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Requerente:

Cirurgião: _____

Endereço: _____ nº _____ Cj./Sala _____

Cep.: _____ - Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: () _____ Fax: () _____ E-mail(s): _____

Registro no Conselho Regional: () CRM () CRO _____ Cidade: _____ Estado: _____

RG: _____ CPF: _____ Cadastrado no SNT: Nº _____

Receptor:

Código : (Preenchido pelo Banco de Tecidos): _____

Nome: _____

CPF.: _____ / _____ / _____ Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ nº _____ AP/Cs: _____

Cep.: _____ - Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: ____ Tel.: () _____

Nome da mãe: _____

Diagnóstico (Indicação terapêutica para utilização do tecido): _____

Cirurgia Proposta (Procedimento a ser realizado): _____

Data Prevista da Cirurgia: ____/____/____ **Horário da Cirurgia:** ____:____

Local da Cirurgia: _____ Hospital Cadastrado no SNT Nº: _____

Tecido Solicitado: _____ Quantidade: _____ Grs.: _____

Informações adicionais: _____

- 1 - Esta solicitação deverá ser feita para uma data específica. Caso seja cancelada pelo cirurgião, a reserva será automaticamente desfeita. A utilização futura do tecido exigirá nova solicitação.
- 2 - É vedado ao requerente transferir os tecidos músculo-esqueléticos, objeto desta requisição, a terceiros ou implantá-lo em receptores diferentes daqueles informados nesta requisição.
- 3 - O requerente fica obrigado a informar, pelos formulários enviados juntamente com o tecido, as ocorrências durante a cirurgia e complicações que possam estar relacionadas ao transplante. Caso o Banco de Tecidos não receba as informações em até 15 dias, contados a partir da data informada para a cirurgia, o fornecimento posterior de tecidos ficará suspenso até que seja regularizada a situação, com o recebimento das informações.
- 4 - O requerente não poderá, em hipótese alguma e sob qualquer pretexto, devolver o tecido músculo-esquelético não utilizado, sendo que o valor ao qual trata o item 7 desta requisição não será objeto de devolução.
- 5 - O transplantador é o único responsável por qualquer dano ou prejuízo que eventualmente possa causar a terceiros, em decorrência da má utilização do tecido músculo-esquelético, de imperícia, negligência ou imprudência, não podendo ser imputados quaisquer ônus ou responsabilidades ao Banco de Tecidos decorrentes de ações judiciais a que o requerente tiver dado causa.
- 6 - O requerente se obriga a utilizar os produtos fornecidos pelo Banco de Tecidos dentro do prazo de validade e seguindo as recomendações fornecidas que acompanharão o tecido músculo-esquelético.
- 7 - O valor convencionado, informado ao requerente, deverá ser quitado mediante nota fiscal de serviços e boleto bancário que serão enviados por e-mail ao requerente. O não pagamento acarretará no cancelamento da presente requisição.
- 8 - O objeto/valor desta requisição refere-se exclusivamente à prestação de serviços relativos ao processamento de tecidos músculo-esqueléticos, ficando esclarecido que o tecido músculo esquelético, propriamente dito, é fornecido gratuitamente.
- 09 - O requerente declara, sob as penas da lei, que está cadastrado no Sistema Nacional de Transplantes.
- 10 - Na hipótese de o tecido músculo-esquelético destinar-se a paciente do sistema SUS, o pagamento será feito através de AIH, obrigando-se o requerente a lançar no campo de serviços profissionais da AIH do paciente o CNPJ da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, ou seja, 62.779.145/0001-90, fazendo a respectiva comprovação, através de envio por fax.

CARIMBO E ASSINATURA DO CIRURGIÃO (Requerente)

Cadastrado no SNT (Sistema Nacional de Transplantes)

Parecer do Banco de Tecidos: _____

Observações: _____

Assinatura e Carimbo