



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

**BANCO DE PELE
SOLICITAÇÃO DE PELE ALÓGENA PARA TRANSPLANTE**

Venho por meio desta, solicitar à Central de Transplantes _____ (do referido Estado), a liberação de pele alógena destinada a transplante.

DADOS DO PACIENTE RECEPTOR		
Nome completo*		
Data de nascimento*	RG	
CPF*	Nº do cartão SUS (se possuir)	
Nome da mãe*		
Endereço residencial		
CEP*	Cidade	Estado
OUTROS DADOS		
Descrição da lesão (qual a superfície corporal a ser coberta?)*		
Quantidade de pele necessária em cm2*		
Nome do médico responsável*		
CRM do médico responsável*		
Telefone para contato do médico responsável*		
Nome do hospital onde será realizado o transplante*		
Endereço do hospital		
Telefone do hospital		
Data prevista para a cirurgia*		

*preenchimento obrigatório

Carimbo e assinatura do médico solicitante

CONTATO DO BANCO DE PELE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE: (51) 3213.7172

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
CNPJ: 92.815.000/0001-68
Rua Prof. Annes Dias, 295 • CEP 90020-090 • Centro • Porto Alegre | RS • Brasil
Telefone: (51) 3214.8080 • santacasa.org.br

