



Termo de Anuência Transferência de Equipe de Transplante

Eu, _____
(Nome completo por extenso sem abreviação – paciente)

CPF nº: _____, RG nº.: _____ atualmente inscrito(a) no Estado de _____ para transplante de _____, pela
equipe _____, sob o RGCT n.º _____, venho por meio desta solicitar minha **transferência para o**
Estado _____, equipe _____ do Hospital _____

Local e Data: _____

Paciente ou Responsável Legal
Assinatura compatível com documento oficial com foto

* Preencher em casos de **menor de idade ou incapaz** / Responsável Legal:

Pai:
RG nº.: _____ CPF nº.: _____
Assinatura: _____ Data ____/____/____

Mãe:
RG nº.: _____ CPF nº.: _____
Assinatura: _____ Data ____/____/____

Responsável Legal:
RG nº.: _____ CPF nº.: _____
Assinatura: _____ Data ____/____/____

Preenchimento Obrigatório – Anuência da Equipe de Destino:

Ciente e de acordo com a solicitação de transferência do receptor acima.

Local e Data: Campo Grande/MS ____/____/____.

Carimbo e assinatura do médico (a) responsável

Observações: A cópia do RG do (a) paciente (frente e verso) deverá ser encaminhada juntamente com esta solicitação, obrigatoriamente, o mesmo vale para responsáveis legais.