

	<b>Transporte da Maternidade ao Cetebio</b>	CCD:
--	---	------

**Procedência:** Hospital Sofia Feldman - BSCUP

**Endereço:** Rua Antônio Bandeira, 1060 Tupi- Belo Horizonte MG

**Tel:** 3408-25281 **e-mail:** [cetebio.bscup@hemominas.mg.gov.br](mailto:cetebio.bscup@hemominas.mg.gov.br)

Identificação	Material	
	<input type="checkbox"/> TCLE Coleta <input type="checkbox"/> TCLE Doação <input type="checkbox"/> Formulário de coleta	<input type="checkbox"/> Ficha de triagem <input type="checkbox"/> Bolsa de SCUP <input type="checkbox"/> Amostras nº de tubos _____
	<input type="checkbox"/> TCLE Coleta <input type="checkbox"/> TCLE Doação <input type="checkbox"/> Formulário de coleta	<input type="checkbox"/> Ficha de triagem <input type="checkbox"/> Bolsa de SCUP <input type="checkbox"/> Amostras nº de tubos _____
	<input type="checkbox"/> TCLE Coleta <input type="checkbox"/> TCLE Doação <input type="checkbox"/> Formulário de coleta	<input type="checkbox"/> Ficha de triagem <input type="checkbox"/> Bolsa de SCUP <input type="checkbox"/> Amostras nº de tubos _____
	<input type="checkbox"/> TCLE Coleta <input type="checkbox"/> TCLE Doação <input type="checkbox"/> Formulário de coleta	<input type="checkbox"/> Ficha de triagem <input type="checkbox"/> Bolsa de SCUP <input type="checkbox"/> Amostras nº de tubos _____
	<input type="checkbox"/> TCLE Coleta <input type="checkbox"/> TCLE Doação <input type="checkbox"/> Formulário de coleta	<input type="checkbox"/> Ficha de triagem <input type="checkbox"/> Bolsa de SCUP <input type="checkbox"/> Amostras nº de tubos _____

Intercorrências:  Não  Sim

Monitor de temperatura:  Não  Sim

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_ preparo das caixas

Caixa bolsas: Temperatura: \_\_\_\_\_°C Caixa amostras: Temperatura: \_\_\_\_\_°C

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Responsável pelo preparo: \_\_\_\_\_

Masp: \_\_\_\_\_



 <p>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</p>	<b>Transporte da Maternidade ao Cetebio</b>	CCD:
--	---	------

**Data e hora do envio:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Masp: \_\_\_\_\_

**Destino:** Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais

**Setor:** Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário

**Endereço:** Rua das Goiabeiras 779 - Distrito Industrial Genesco Aparecido de Oliveira - Lagoa Santa MG

**Tel:** 32680511      **e-mail:** [cetebio@hemominas.mg.gov.br](mailto:cetebio@hemominas.mg.gov.br)

Recebimento: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_

Caixa bolsas: Temperatura: \_\_\_\_\_°C      Caixa amostras: Temperatura: \_\_\_\_\_°C

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Responsável transporte: \_\_\_\_\_

Masp: \_\_\_\_\_

Responsável recebimento: \_\_\_\_\_

Masp: \_\_\_\_\_

