****

**FORMULÁRIO PARA ENVIO DE AMOSTRA**

**EMPRESA REUNIDAS**

Municípios atendidos: Chapecó, São Miguel do Oeste, Maravilha, Porto União e Canoinhas.

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  |

|  |
| --- |
| Nome completo do paciente:  |
| Gênero | ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro:  |
| Nome da mãe |  |
| Data de nascimento |  |
| Ocupação |  |
| Grau de instrução |  |
| Endereço residencial: |
| Cidade:  | CEP |
| Cartão Nacional do SUS |  |
| CPF |  |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A AMOSTRA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data da coleta:** | **Horário:**  |

****

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONSÁVEL (SOLICITANTE)** |

|  |
| --- |
| Nome do profissional solicitante: |
| Instituição: | Telefone para contato: |
| E-mail para o envio do laudo: |

**Carimbo e assinatura do responsável:**

**Local e data:**

**DECLARAÇÃO DE TRANSPORTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Remetente** | **Destinatário** |
|  | **Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina - CIATox/SC**A/C - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São ThiagoRua Maria Flora Pauseuwang, s/nCampus Universitário - TrindadeFlorianópolis- SCCEP 88036-800**Contato (24h) 0800 643 5252**Fundo Estadual de SaúdeCNPJ: 80673-411/00001-87 |

Declaramos que esse conteúdo não pertence ao grupo IV de risco, não é tóxico, entorpecente, bem como não está descrito como artigo restrito para o transporte aéreo ou terrestre, encontrando-se adequadamente acondicionado em embalagem tríplice para suportar os riscos normais de carregamento, descarregamento e transporte, conforme o regulamento em vigor e dentro das normas de segurança, não representando risco de contágio durante o transporte.

**Descrição do conteúdo:** Substância Biológica Categoria B - UN 3373, em embalagem tríplice

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de amostra** | **Volume** |
| **( ) Urina** |  | **mL** |
| **( ) Soro** |  | **mL** |
| **( ) Sangue Total** |  | **mL** |

**Forma de conservação:** Gelo reciclável



|  |
| --- |
| **Em caso de acidente comunicar o remetente e o destinatário a respeito do ocorrido.** |

|  |
| --- |
| Nome do responsável pelo envio: |
| Instituição: | CPF |
| Local e data:  |  |

**Obs.: Fixar na parede lateral externa da caixa de transporte**

**DECLARAÇÃO DE TRANSPORTE - REMETENTE (VIA 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Remetente** | **Destinatário** |
|  | **Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina - CIATox/SC**A/C - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São ThiagoRua Maria Flora Pauseuwang, s/nCampus Universitário - TrindadeFlorianópolis- SCCEP 88036-800**Contato (24h) 0800 643 5252**Fundo Estadual de SaúdeCNPJ: 80673-411/00001-87 |

Declaramos que esse conteúdo não pertence ao grupo IV de risco, não é tóxico, entorpecente, bem como não está descrito como artigo restrito para o transporte aéreo ou terrestre, encontrando-se adequadamente acondicionado em embalagem tríplice para suportar os riscos normais de carregamento, descarregamento e transporte, conforme o regulamento em vigor e dentro das normas de segurança, não representando risco de contágio durante o transporte.

**Descrição do conteúdo:** Substância Biológica Categoria B - UN 3373, em embalagem tríplice

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de amostra** | **Volume** |
| **( ) Urina** |  | **mL** |
| **( ) Soro** |  | **mL** |
| **( ) Sangue Total** |  | **mL** |

**Forma de conservação:** Gelo reciclável



|  |
| --- |
| **Em caso de acidente comunicar o remetente e o destinatário a respeito do ocorrido.** |

|  |
| --- |
| Nome do responsável pelo envio: |
| Instituição: | CPF |
| Nome do responsável pelo transporte |  |
| Local e data:  |  |

**Após a assinatura, devolver ao remetente para arquivamento**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO REMETENTE** |
| **Instituição/Serviço de Saúde:****Endereço:****Município:****Profissional responsável pelo envio:****Telefone para contato:** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO DESTINATÁRIO - CIATox/SC** |
| **Logotipo  Descrição gerada automaticamenteCENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DE SANTA CATARINA** **A/C Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago****Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/n****Campus Universitário - Bairro Trindade****Florianópolis - SC - Brasil - CEP 88036-800****Telefone para contato: 0800 643 5252 (24h)****PAGADOR DO FRETE: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - CNPJ: 80673-411/00001-87** |

**AMOSTRAS BIOLÓGICAS - CATEGORIA B**

****

**Observação: Imprimir e fixar na parte externa da caixa de transporte**