

## Governo do Estado de Mato Grosso

SES – Secretaria de Estado de Saúde Secretaria Adjunta do Complexo Regulador Superintendência de Regulação Coordenadoria de Transplantes

## CADASTRO DE RECEPTORES DE ESCLERA

Encaminhar a CET MT email: acompanhamentomt@ses.mt.gov.br

Como oftalmologista responsável pelo receptor abaixo identificado, encaminho as informações necessárias ao cadastro do mesmo na CET-MT.

Nome do Receptor:					
Nome do Receptor:	_Data de nas	scimento:	//_	Sexo: ( )	F()M
Endereço:					
Bairro:	_ Cidade:			UF:	
Telefones de Contato:					
Data provável da cirurgia:/	_/ ;	às:	hs		
Estabelecimento onde será realizad					
Olho a ser operado: ( ) Olho Direito ( ) Olho Esquerdo					
Danie malata da casa como in	-1:6:1:			D:	í atia a
Breve relato do caso, com ju	stificativa pa	ıra utılızaçad	o de esci	era e Diagno	ostico
Fonte Pagadora: ( ) SUS ( ) Particular ( ) Convênio					
	`	,			
Médico Responsável:				CRM: _	
As	ssinatura/carir	mbo			
Para uso da CET:					
				,	
Recebido por:			Data	//	às/_

Obs: Deverão ser encaminhados anexo a este formulário: Cópia do RG/CPF do receptor ou certidão de Nascimento, em caso de menor de idade a documentação do responsável legal e Termo de Consentimento do Receptor.