



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

FICHA DE RECEPTOR DE ESCLERA

Doador: (Esclera Esquerda)

RGCT: N° B.O.: Data:

ESCLERA ESQUERDA DO DOADOR	NOME:		Data do Transplante:	
	CPF:		Horário do Transplante:	
	DIAGNÓSTICO:		Médico Transplantador:	
	OLHO:		Local do Transplante:	
	TELEFONE:			
	() SUS () PARTICULAR () CONVÊNIO UNIMED () NÃO INFORMADO			
	Item..... :	() Tx REALIZADO	() Tx NÃO REALIZADO (Preencher Justificativa)	
	Justificativa:			
Médico da Equipe / CRM				