



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

NOTIFICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE ESCLERA

BANCO DE OLHOS DA ESCLERA: _____ **MUNICÍPIO:** _____

Dados sobre o Receptor:

Nome _____

RG/CPF: _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ Sexo ____

Diagnóstico _____ Data de diagnóstico ____/____/____

Dados sobre o Doador:

Nome _____ RGCT _____

Esclera () D () E Validade: ____/____/____

Dados sobre o Transplante:

Centro de Transplante/Hospital _____ Município _____

Data de Transplante ____/____/____ Horário _____

1º Transplante () Sim () Não

Retransplante () Sim () Não { () 2º () 3º () +de 4 }

Fonte pagadora () SUS () Convênio () Particular

Cirurgia Proposta: _____ Olho operado () OD () OE

Data ____/____/____

Nome do médico responsável _____ CRM _____

Assinatura e carimbo _____

**OBS: ENVIAR CÓPIA PARA O BANCO DE OLHOS E CENTRAL DE TRANSPLANTE EM ATÉ 10 DIAS
APÓS A REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE**