



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

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE ESCLERA

Médico: _____
Especialidade: _____
Endereço: _____ Cidade: _____
Telefone: () _____
Hospital: _____

Solicito autorização da Central Estadual de Transplantes para utilização de Tecido-Esclera na cirurgia proposta para o (a) paciente:

Nome: _____

RG/CPF: _____

Fonte Pagadora: () SUS () Particular () Convênio: _____

Médico Responsável: _____ CRM: _____
(Carimbo e assinatura)

A Direção Técnica/Clínica desse Hospital manifesta seu conhecimento e autorização para a realização do procedimento: Transplante de Esclera, em suas dependências.

Diretor Técnico/Clínico: _____ CRM: _____
(Carimbo e assinatura)

Anexar:

- 1- Cópia do Título de Especialista do médico responsável pelo procedimento;
- 3- Formulário de Receptor de Esclera;
- 4- Termo de Consentimento de Receptor de Esclera.

Encaminhar a CET-MT e-mail: acompanhamentomt@ses.mt.gov.br