



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

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ESCLERA HUMANA

Eu, _____, paciente desta Instituição, sob nº prontuário _____, estou ciente que os profissionais médicos oftalmologistas irão utilizar "Esclera de cadáver", no procedimento cirúrgico _____, no meu olho ().

A cirurgia está prevista para o dia ___/___/___ às ____:____h. Caso eu não possa assinar, o Sr ou Sr^a. _____ será meu responsável legal.

Assinatura do paciente ou responsável