

## ***Cadastro de Receptor de Esclera***

Como oftalmologista responsável pelo paciente abaixo identificado, encaminho as informações necessárias ao cadastro do mesmo na CNCDO-MS. **Estão anexados a este formulário: cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento, CPF e o termo de consentimento devidamente assinado pelo paciente ou responsável.**

Código SNT: \_\_\_\_\_ Data inclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Para uso da CNCDO)

CPF: \_\_\_\_\_ Data provável da cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs

Estabelecimento onde será realizado a cirurgia: \_\_\_\_\_

Nome do Receptor: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Outras pessoas para contato:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Olho a ser operado:  Olho Direito  Olho Esquerdo

Equipe Médica ou Médico Responsável: \_\_\_\_\_

**Breve relato do caso, com justificativa para utilização da esclera e diagnóstico:**

Fonte Pagadora:  SUS  Convênio: \_\_\_\_\_  Particular

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico Oftalmologista

**Para uso da CNCDO**

Recebido por (Funcionário da CNCDO) : \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Núcleo de Córnea - Obs.: \_\_\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inclusão no Sistema: Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_