



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada
Sistema Nacional de Transplantes

EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

☐ Autorização

☐ Renovação

Nº do SNT:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**
A ser preenchida pela **CNCDO** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: _____
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

Responsável técnico pela equipe:

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	☐ Comprovação de experiência na área

Membros da equipe:

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	☐ Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	☐ Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	☐ Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	☐ Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	☐ Título de residência ou especialidade
☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	☐ Comprovação de experiência na área

Células-Tronco Hematopoéticas	- Um médico com residência ou título de especialista em hematologia e/ou um médico especialista em oncologia clínica ou oncologia pediátrica, com experiência comprovada de seis meses na realização de transplantes autólogos ou alogênicos em hospital de ensino ou de excelência.
-------------------------------	--

**CADASTRO DO PROFISSIONAL PARA RETIRADA E TRANSPLANTES
DE ÓRGÃOS OU TECIDOS**
Preenchimento obrigatório e individualizado para todos os membros da equipe

Vinculado a CNCDO (UF): _____ Data do Cadastro: _____ / _____ / _____

Nome do Profissional: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Contatos:

Fone: (____) _____ Fone: (____) _____

Celular: (____) _____ Fax: (____) _____

E-mail: _____

CRM: _____ UF: _____ CPF do Profissional: _____

Especialidade médica na Equipe

Nº da Equipe no SNT:

Equipe vinculada ao Estabelecimento	Nº do SNT

Local: _____

Data : _____ / _____ / _____

Assinatura do profissional médico membro da equipe de transplantes

**INFORMO A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO CONSTANTE CASO OS DADOS
PREENCHIDOS SOFREREM ALGUM TIPO DE ALTERAÇÃO.**