



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

EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
TECIDOS MÚSCULO ESQUELÉTICO

☐ 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: Medico Ortopedista ☐ Título de residência ou especialidade

☐ Certidão Negativa de infrações éticas no CRM ☐ Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: _____

CGC | | | | | | | | | | | | | | - | |

2) Nome:

CGC | | | | | | | | / | | | | | - | | |

(De acordo com a Portaria GM/MS nº 2600 de 21 de outubro de 2009)

*** Declaro que os itens a seguir constam do processo de pedido de autorização/renovação.**

DECLARAÇÕES

- ☐ Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
- ☐ Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
- ☐ Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3°, 6°, 12°, 36° e 60° meses, nos casos em que se aplique.
- ☐ Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
- ☐ Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.

Observações: _____

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CNCDO):

~~Nome Coordenação Estadual~~

~~Assinatura~~

local

Data

Tecido Ósseo	- Um médico ortopedista com residência ou título de especialista com experiência mínima em enxertia óssea.
--------------	--

**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 N° da Equipe no SNT: _____

Equipe vinculada ao Estabelecimento	N° 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.**