



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

EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
CONJUGADO DE RIM/PÂNCREAS

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

Estabelecimentos autorizados onde à 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	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	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

Rim Pancreas Conjugado	<ul style="list-style-type: none">- Dois nefrologista, com residência ou título de especialista com experiência comprovada de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência.- Um urologista, com residência ou título de especialista, com treinamento formal de ensino ou de excelência.- Um cirurgião geral com residência ou título de especialista com treinamento; formal de duração mínima de doze meses em serviço de transplante de pâncreas em hospital de ensino ou de excelência.- Um endocrinologista, com residência ou título de especialista.- Um anestesista com residência ou título de especialista com treinamento de três meses, em transplantes de órgão abdominais.
------------------------------	---

**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.**