



**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: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> 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.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<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

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.
-------------------------------	--