



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

EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
TECIDOS ÓSTEO-CONDRO-FÁCIO-LIGAMENTOSO

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.**

| 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 |

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