



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

**EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
CORNEAS**

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 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

Córnea	- Um médico oftalmologista, com residência ou título de especialista com treinamento formal, pelo período mínimo de seis meses nessa modalidade de transplante em hospital de ensino ou de excelência.
--------	--



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

**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: _____

Telefones para contato 01: () _____ contato 02: () _____

Celular: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Número CRM/UF: _____ Nº do CPF do Profissional: _____

Especialidade médica na Equipe: _____

Nº da Equipe no SNT: _____

Equipe vinculada ao Estabelecimento:

_____	Nº do SNT	_____
_____	Nº do SNT	_____
_____	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.**