

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	Reno	vação					
							Nº (do SNT:
		A ser	preenchi	do pelo	SNT n	o ato da	 a autc	rização
A ser preenchido pelo SNT no ato da autorização A ser preenchida pela CNCDO no ato da renovação								
	nome próprio para a equipe	a mesma s	erá identi	ficada p	pelo no	me do r	espor	nsável
técnico.) Responsável técnico pela equipe:								
•	equipe.				(CRM: _		
Especialização:			Tít	ulo de r	esidên	cia ou e	specia	alidade
Certidão	Comprovação de experiência na área							
Membros da equipe: Nome: CRM:								
Especialização:			Títı	ulo de r	esidên	cia ou e	specia	alidade
Certidão	Negativa de infrações éticas	s no CRM	Co	mprova	ção de	experiê	ncia ı	na área
Nome: CRM:								
Especialização:			Tít	ulo de r	esidên	cia ou e	specia	alidade
Certidão	Negativa de infrações éticas	s no CRM	Co	mprova	ção de	experiê	ncia ı	na área
Nome: CRM:								
Especialização:			Tít	ulo de r	esidên	cia ou e	specia	alidade
Certidão	Negativa de infrações éticas	s no CRM	Co	mprova	ção de	experiê	ncia ı	na área
Nome: CRM:								
Especialização:			Tít	ulo de r	esidên	cia ou e	specia	alidade
Certidão	Negativa de infrações éticas	s no CRM	Co	mprova	ção de	experiê	ncia ı	na área
Nome: CRM:								
Especialização:			Tít	ulo de r	esidên	cia ou e	specia	alidade
Cortidão	Negativa de infrações ática	c no CPM		mprovo	aãa da	ovnoriô	ànaia i	na ároa

Estabelecimentos autorizados onde à equipe <u>irá</u> 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							
Cornea - 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.							

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 co	ontato: ()
()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:	NIO de CNIT
	Nº do SNT
	Nº do SNT
Local:	Data:/
Assinatura do profissional médico m	embro da equipe de transplantes

INFORMO A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO CONSTANTE CASO OS DADOS PREENCHIDOS SOFREREM ALGUM TIPO DE ALTERAÇÃO.