



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: _____ ☐ 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

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 contato: () _____

() _____ 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.**