



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

EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
PÂNCREAS

☐ 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

Pâncreas	- Um nefrologista, com residência ou título de especialista com experiência comprovada de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência. - Um urologista, com residência ou título de especialista, com treinamento formal de ensino ou de excelência. - Um cirurgião geral com residência ou título de especialista com treinamento; formal de duração mínima de doze meses em serviço de transplante de pâncreas em hospital de ensino ou de excelência. - Um endocrinologista, com residência ou título de especialista. - Um anestesista com residência ou título de especialista com treinamento de três meses, em transplantes de órgão abdominais.
----------	---

**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.**

