



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

**EQUIPE ESPECIALIZADA**  
**REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE**  
**VALVA CARDÍACA**

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

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**

- 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

Valvas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Um cardiologista com residência ou título de especialista, experiência de no mínimo três meses em transplante valvar em hospital de ensino ou de excelência.</li><li>- Um cirurgião cardiovascular com residência ou título de especialista, com experiência de, no mínimo seis meses em transplantes valvar em hospital de ensino ou de excelência</li></ul>
--------	---

**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.**