



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

**EQUIPE ESPECIALIZADA**  
**REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE**  
**CONJUGADO DE RIM E 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

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

(De acordo com a Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017)

**\* Declaro que os itens a seguir constam do processo de pedido de autorização/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<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, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º 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 CET): _____ _____
--

\_\_\_\_\_  
Nome Coordenação Estadual Assinatura

\_\_\_\_\_  
Local / Data / \_\_\_\_\_

Rim e Pâncreas	<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Dois nefrologistas</u>, com residência ou título de especialista com experiência comprovada de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência;</li><li>- <u>Dois urologistas</u>, com residência ou título de especialista, com treinamento formal de ensino ou de excelência;</li><li>- <u>Um cirurgião geral</u> 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;</li><li>- <u>Um endocrinologista</u>, com residência ou título de especialista;</li><li>- <u>Um anestesista</u> com residência ou título de especialista com treinamento de três meses, em transplantes de órgão abdominais.</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.**