

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

CADASTRO NACIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS PARA UTILIZAÇÃO DE ENXERTO DE TECIDO ÓSSEO**PESSOA FISICA**

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ CRO: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Especialidade Implantodontia Periodontia Cirurgia Buço-Maxilo facial**ATENÇÃO**

- Anexar cópia da titulação de especialista com registro no CFO

- Anexar cópia do Registro Profissional (CRO)

PESSOA JURIDICA – Estabelecimento de Atuação

Razão Social: _____

CGC: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Assinatura do Cirurgião Dentista_____/_____/_____
Local e Data**Atenção: Este documento devera ser digitado e encaminhando a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do referido Estado da Federação****CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANA**

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3232-5740 – Fax: (41) 3232-4384

www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br