



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral do 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: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Membros da equipe:
Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> 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.

DECLARAÇÕES	
<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, 3°, 6°, 12°, 36° e 60° 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 atualizados.

* 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

Córnea	- <u>Um médico oftalmologista</u> , 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.
--------	--