



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 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	
<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 CNCDO): _____ _____
--

_____	_____
Nome Coordenação Estadual	Assinatura
_____	_____ / _____ / _____
Local	Data

Rim e Pâncreas	<ul style="list-style-type: none">- <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;- <u>Dois urologistas</u>, com residência ou título de especialista, com treinamento formal de ensino ou de excelência;- <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;- <u>Um endocrinologista</u>, com residência ou título de especialista;- <u>Um anestesista</u> com residência ou título de especialista com treinamento de três meses, em transplantes de órgão abdominais.
----------------	--