



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada
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: _____ 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

