**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Especialização:

Certidão Negativa de infrações éticas no CRM

Título de residência ou especialidade

Comprovação de experiência na área

Especialização:

Certidão Negativa de infrações éticas no CRM

Título de residência ou especialidade

Comprovação de experiência na área

# Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada Sistema Nacional de Transplantes

**EQUIPE ESPECIALIZADA REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE**

**CORAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:**

Especialização:

Certidão Negativa de infrações éticas no CRM

Título de residência ou especialidade

Comprovação de experiência na área

Especialização:

Certidão Negativa de infrações éticas no CRM

Título de residência ou especialidade

Comprovação de experiência na área

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | CRM:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome:  |  |  | CRM:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome:  |  |  | CRM:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome:  |  |  | CRM:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome:  |  |  | CRM:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Especialização:  |  | Título de residência ou especialidade |
|  |  |  |
| Certidão Negativa de infrações éticas no CRM |  | Comprovação de experiência na área |

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

1. Nome: CGC

/

-

1. 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*** |
|  |
| Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros |
| da equipe |
| Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e |
| transplante do órgão. |
| 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. |
| Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último |
| período de vigência da autorização |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| Coração | * Um cardiologista com residência ou título de especialista com treinamento de seis meses em transplante cardíaco em hospital de ensino ou de excelência;
* Um cirurgião cardiovascular com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de doze meses, em serviço especializado em transplante de coração;
* Um cirurgião torácico com residência ou título de especialista;
* Dois anestesistas com residência ou título de especialista, com experiência de três meses em cirurgia cardíaca.
 |