

**RELATÓRIO DE
REQUISITOS
EXCLUSÃO
ESTABELECIMENTO E
EQUIPE
SISTEMA NACIONAL DE
TRANSPLANTES**

Questionário

- | | |
|---|--|
| 1. Anexar Ofício do gestor solicitando a exclusão do estabelecimento e da equipe de transplante (deverá mencionar o número do SNT de ambos, nome do hospital, nome do responsável técnico e modalidade de transplante). | |
| 2. Anexar Ofício ou Declaração do Estabelecimento solicitando a exclusão. | |
| 3. Nome do estabelecimento, CNES e nº do SNT do Centro e modalidade que será excluída. | |
| 4. Nome do responsável técnico (RT) da equipe e nº do SNT da equipe que será excluída. | |
| 5. O Estabelecimento encontra-se com pacientes ativos? | |
| 6. O Estabelecimento encontra-se com pacientes semi ativos em lista? | |
| 7. Anexar Lista dos pacientes ativos, semi ativos zerada da equipe (extraída do SIG/SNT). | |
| 8. Informar o nome do estabelecimento, número do CNES e o responsável técnico da equipe na qual os pacientes foram transferidos. | |
| 9. Inserir a última portaria de renovação de autorização do estabelecimento e da equipe. | |