

**Departamento de Regulação Estadual**

**Divisão de Transplantes**

**REQUERIMENTO PARA REALIZAR RENOVAÇÃO**

**EQUIPE DE TRANSPLANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Estabelecimento: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Conveniado ao SUS: |  | S |  | N |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço: |  |  | Nº |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bairro: |  | Cidade |  | UF |  | CEP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fone: |  |  |  | E-mail: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diretor Técnico: |  | CRM |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES** |  |

**ENCAMINHAR DOCUMENTOS EM PDF DISTINTOS, PARA O E-MAIL:**

[**credenciamentos-ctx@saude.rs.gov.br**](mailto:credenciamentos-ctx@saude.rs.gov.br)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | 1. Checklist com nome, especialização e número do CRM do responsável técnico e de todos os membros da equipe; |
|  | 2. Certidões Negativas de Infrações Éticas emitida pelo CRM do responsável técnico e de todos os membros da equipe; |
|  | 3. Em casos de novos membros que serão incluídos na equipe, comprovante de experiência e título de especialização/residência; |
|  | 4. Declaração da direção do hospital comprovando que a equipe está vinculada ao hospital habilitado; |
|  | 5.Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização da equipe. Não se aplica para medula e músculo esquelético; |
|  | 6.Relatório da produção e acompanhamento dos resultados dos transplantes realizados durante o período de vigência da autorização da Equipe. Para medula, músculo esquelético e córneas, não necessita resultados. |

**(Preenchimento obrigatório de acordo com a Portaria GM/MS Nº 4 de 27 setembro de 2017)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Observações: | |  |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parecer conclusivo: | |  | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  | | |  |  | |
| Nome Coordenação Estadual | | |  | Assinatura | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | / |  | / |  |
| local |  | Data | | | | |