

**Departamento de Regulação Estadual**

**Divisão de Transplantes**

**REQUERIMENTO PARA REALIZAR AUTORIZAÇÃO**

**EQUIPE**

**TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Natureza jurídica do Estabelecimento de saúde: |  |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fone: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Declaração da direção do hospital solicitando a autorização de nova equipe de transplante; |
|  | 2. Declarações do Responsável Técnico e de todos os membros da equipe quanto à disponibilidade em tempo integral para a realização de todos os procedimentos indicados no requerimento de autorização e da capacidade da equipe para realização concomitante dos procedimentos de retirada e de transplante, se for o caso. |
|  | 3.Títulos de residência ou especialização do responsável técnico e de todos os membros da equipe; |
|  | 4. Check list com nome, especialização e CRM do responsável técnico e de todos os membros  da equipe de transplante; |
|  | 5. Nome/CRM do médico que responderá como Responsável Técnico da equipe. |
|  | 6. Certidões Negativas de Infrações Éticas emitida pelo CRM do responsável técnico e de todos os membros da equipe; |
|  | 7. Comprovantes de experiência do responsável técnico e de todos os membros da equipe; |

**(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 | | | | | |