

**Departamento de Regulação Estadual**

**Divisão de Transplantes**

**REQUERIMENTO PARA REALIZAR**

**INCLUSÃO DE MEMBRO EM 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. Certidão Negativa de Infrações Éticas emitida pelo CRM de cada membro que será incluído na equipe. |
|  |  |
|  | 2.Título de Especialização ou Residência de cada membro que será incluído na equipe. |
|  |  |
|  | 3. Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante de órgãos. |
|  |  |
|  | 4. Check list com o nome dos novos membros que serão incluídos na equipe. |
|  |  |
|  | 5. Comprovante de experiência de cada membro que será incluído na 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 | | | | | |

Avenida Bento Gonçalves 3722 – Fone: (51) 2160-0134

CEP 9650-001 Porto Alegre/RS