

**Departamento de Regulação Estadual**

**Divisão de Transplantes**

**REQUERIMENTO PARA REALIZAR**

**EXCLUSÃO DE ESTABELECIMENTO E EQUIPE DE TRANSPLANTE**

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fone: |  | 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. Ofício ou Declaração do estabelecimento solicitando a exclusão; |
|  | 2. O estabelecimento encontra-se com pacientes ativos? |
|  | 3. O estabelecimento encontra-se com pacientes semiativos em lista? |
|  | 4. Apresentar a lista dos pacientes ativos, semiativos zerada da equipe (extraída do SIG/SNT); |
|  | 5. Informar o nome do estabelecimento, número do CNES e o responsável técnico da equipe na qual os pacientes foram transferidos. |

**(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 | | | | |