

## CADASTRO PARA MÉDICOS E ODONTÓLOGOS TRANSPLANTADORES

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Fone fax: \_\_\_\_\_

Nº CRM/CRO \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Títulos de sua Especialidade: \_\_\_\_\_

Certificados de Estágios: \_\_\_\_\_

Membro Titular da Sociedade: \_\_\_\_\_

### CRITÉRIOS PARA RECEBER TECIDOS

Ser autorizado pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT);  
Realizar o procedimento em estabelecimento autorizado pela CGSNT;  
Ter treinamento comprovado em cirurgia de reconstrução;  
Seguir as orientações para solicitação de tecidos estabelecidas pelo BTME/HSVP.