



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Atenção à Saúde**  
**Departamento de Atenção Especializada**  
**Sistema Nacional de Transplantes**

**CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS**  
**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO NO SNT**

Denominação: \_\_\_\_\_

Categoria: ( ) Estadual ( ) Regional

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fones: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Titular Responsável: \_\_\_\_\_

Nº no Conselho: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

\* Em anexo:

SIM	ITEM
( )	Cópia do ato de instituição
( )	Cópia do ato de nomeação do coordenador da central.
( )	Cópia do estatuto ou estrutura básica
( )	Critérios de distribuição de órgãos e tecidos
( )	Lista de municípios na área de abrangência com as respectivas populações
( )	Termo de cooperação com outros estados da federação, se existente.

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

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

Coordenação Estadual do SNT

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.