



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

**CADASTRO DE CIRURGIÕES DENTISTAS PARA UTILIZAÇÃO DE ENXERTO DE TECIDO ÓSTEO**

Nº do SNT:

--	--	--	--	--	--	--	--

A ser preenchido pelo SNT

**PESSOA FÍSICA**

(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico).

**Nome:**

**CRO :**

CPF :

R.G:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Email:

Telefones:

Especialização: Anexar cópia da titulação e do registro no CRO

( ) Implantodontia

( ) Peridontia

( ) Cirurgia Buco-Maxilo Facial

**PESSOA JURÍDICA**

Estabelecimentos de Atuação:

1) Razão Social:

CGC:

Endereço:

Cidade:

E-mail:

Telefones:

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

*Cirurgião Dentista*

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

(preenchimento obrigatório)