

## DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE EQUIPE DE CAPTAÇÃO E TRANSPLANTE

Conforme previsto na Portaria GM/MS nº 2600 de 21 de outubro de 2009; nas Diretrizes da Política Estadual de Transplante do Estado do Paraná aprovadas no Conselho Estadual de Saúde do Paraná em 25/11/2011; nos Ofícios CGSNT/DAE/SAS/MS n.º 190 de 20/10/2011 e CGSNT/DAHU/SAS/MS n.º 463 de 11/12/2014 (ambos emitidos pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes e no OF. N.º 007/2015 – SECON (emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná)

Nós abaixo assinados membros da equipe de transplante de \_\_\_\_\_ do Hospital \_\_\_\_\_ declaramos para fins de concessão de autorização de funcionamento e/ou renovação de autorização para transplante que temos disponibilidade, em tempo integral, para a realização de todos os procedimentos indicados no requerimento de autorização e que contamos com capacidade para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de transplante.

Declaramos compromisso de compor escala para retirada de múltiplos órgãos ou órgãos isolados doados para fins de transplante independente do órgão a ser retirado se destinar ou não para paciente do centro transplantador a qual integramos.

Declaramos ainda ciência dos termos contidos na Portaria GM/MS/2600/2009 que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes e das normativas editadas pela Central Estadual de Transplantes do Paraná e que o descumprimentos ou inobservância desses poderá ensejar cancelamento da autorização vigente e/ou a não renovação.

NOME DO MÉDICO/MEMBRO	CRM	ASSINATURA

Local....., Data...../...../.....

.....  
**Assinatura e Carimbo do Diretor Geral da instituição**

Obs: A presente declaração deverá ser preenchida e devidamente assinada por todos os membros da equipe de transplante que possuam capacitação técnica para realizar retirada do respectivo órgão, incluindo o responsável técnico e Direção do hospital.