



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

EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
FIGADO

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**
A ser preenchida pela **CNCDO** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: _____
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

Responsável técnico pela equipe:

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Membros da equipe:

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Nome: _____ CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde à equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: _____

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

2) Nome: _____

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

(De acordo com a Portaria GM/MS nº 2600 de 21 de outubro de 2009)

*** Declaro que os itens a seguir constam do processo de pedido de autorização/renovação.**

DECLARAÇÕES

- Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
- Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
- Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3°, 6°, 12°, 36° e 60° meses, nos casos em que se aplique.
- Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
- Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.

Observações: _____

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CNCDO):

Nome Coordenação Estadual

Assinatura

local

Data

Fígado	<ul style="list-style-type: none">- Um médico clínico com residência ou título de especialista, sendo um deles gastroenterologista com treinamento formal com duração mínima de seis meses em serviço de hepatologia e transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência.- Dois cirurgiões com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de um ano, em serviço especializado em transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência.- Dois médicos anestesistas com residência ou título de especialistas com experiência de, no mínimo três meses em transplantes de órgãos abdominais.
--------	--

**CADASTRO DO PROFISSIONAL PARA RETIRADA E TRANSPLANTES
DE ÓRGÃOS OU TECIDOS**
Preenchimento obrigatório e individualizado para todos os membros da equipe

Vinculado a CNCDO (UF): _____ Data do Cadastro: _____ / _____ / _____

Nome do Profissional: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Contatos:

Fone: (_____) _____ Fone: (_____) _____

Celular: (_____) _____ Fax: (_____) _____

E-mail: _____

CRM: _____ UF: _____ CPF do Profissional: _____

Especialidade médica na Equipe

Nº da Equipe no SNT:

Equipe vinculada ao Estabelecimento	Nº do SNT

Local: _____

Data : _____ / _____ / _____

Assinatura do profissional médico membro da equipe de transplantes

**INFORMO A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO CONSTANTE CASO OS DADOS
PREENCHIDOS SOFREREM ALGUM TIPO DE ALTERAÇÃO.**