



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

- **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.