Exmo. Senhor

Coordenador Nacional da Transplantação

Dr. Nuno Gaibino

**Assunto:** Pedido de Emissão/ Reemissão *(seleccionar a opção aplicável)* de Parecer para Autorização para a actividade de colheita/transplantação *(seleccionar a opção se aplicável)* de dador falecido/vivo *(seleccionar a opção se aplicável)*

Nos termos e ao abrigo do disposto no artigo 7º da Lei n.º 36/2013, de 12 junho, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Identificação do representante legal da instituição) do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Identificação da instituição), solicita a V. Ex.ª a emissão de parecer para autorização para a realização das atividades descritas no formulário que se anexa.

Para o efeito, junta-se documentação solicitada no formulário, a saber:

* Nomeação e Curriculum(a) vitae do(s) Coordenador(es) Hospitalar(es) de Doação e seu substituto (quando aplicável);
* Identificação do(s) responsável(eis) médico(s) pela(s) equipa(s) de transplantação e respectivo(s) Curriculum(a) vitae (quando aplicável);
* Cópia do Despacho do Conselho de Administração relativo à nomeação dos membros que constituem a Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (quando aplicável);
* Lista das qualificações do pessoal envolvido ou a envolver nas actividades;
* Identificação das instalações, dos meios humanos e materiais, dos equipamentos, dos apoios interdisciplinares;
* identificação, contatos e Curriculum vitae do responsável pela notificação no Sistema Nacional de Biovigilância (SNB);
* Cópia do protocolo de cooperação com terceiros com relevância para as atividades de colheita e transplantação;
* Plano de formação anual e procedimentos operativos normalizados;
* Relatório de Atividades do ano anterior e Plano Anual de Atividades incluindo número de transplantes a realizar no caso da atividade de transplantação;

IMP.415.2

* Cópia de consentimento informado (atividade de transplantação).

Com os melhores cumprimentos,

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_