



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E MONITORAMENTO

Nota Técnica nº: 1/2021 - GERTRAN / CCM- 19813

ASSUNTO: Nota Técnica sobre orientação e fluxos gerais para realização de transplantes de rim, com doadores vivos, em Goiás.

1. Introdução.

O transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de uma pessoa doente (receptor), por outro órgão ou tecido normal de um doador vivo ou morto.

São classificados por dois tipos, sendo doador falecido e doador vivo. Neste último, apenas maiores de idade e capaz juridicamente poderão doar e o procedimento ocorre de modo a preservar a qualidade de vida e a manutenção fisiológica do doador, salvaguardando a segurança do indivíduo, concomitante a espontaneidade da doação.

Em Goiás, atualmente são realizados transplantes de órgãos sólidos nas modalidades de Fígado e Rim, sendo que os transplantes com doadores vivos ocorrem apenas na modalidade de rim. Atualmente, possui 06 centros transplantadores de rins, sendo 03 que realizam o procedimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS e em todos esses centros somam 53 autorizações médicas para o transplante com doadores falecidos ou vivos.

Dos transplantes com doadores vivos, em 2020 ocorreram 11 procedimentos e em 2021, de janeiro até outubro, já contabilizam 3 desses tipos de transplantes em Goiás.

Cabe ressaltar que, devido a complexidade do procedimento e na preservação da segurança e dos processos relacionados aos indivíduos e aos transplantes, a Central Estadual de Transplantes - CET/GO atua como órgão que coordena as ações regionais e diante dos dados apresentados e na possibilidade de salvar vidas, seguindo a legislação nacional, conforme Portaria MS/GM nº 2600/2009, há necessidade de normatizar o fluxo para a realização do transplante com doador vivo, no Estado.

2. Objetivo.

Orientar e organizar o fluxo para a realização do transplante com doador vivo em Goiás, de modo a atender a necessidade social e médica, preservando os princípios legais e norteadores do processo.

3. Da autorização para a realização de transplante de rim.

O médico para realização do transplante de rim deverá ter aprovação da CET/GO e autorização, com publicação de Portaria no Diário Oficial da União, seguindo as determinações da Portaria MS/GM nº 2600/2009.

Para tal, seguindo a legislação vigente, deverá estar vinculado à algum hospital autorizado para a realização do transplante de rim, junto a CET/GO e compor uma equipe de profissionais na quantidade mínima de 02 nefrologistas e 02 urologistas ou 01 urologista e 01 cirurgião geral.

Sendo assim, na inclusão de um novo membro na equipe já formada ou estabelecer uma nova equipe, deverá apresentar a documentação (individual), conforme disposição no quadro 1.

Quadro 1: Documentos para autorização médica, para a realização de transplante de rim.

1	Requerimento da Equipe para Realizar Transplante de Rim preenchido (padronizado pelo Ministério da Saúde), em anexo.
2	Cadastro do Profissional para Retirada e Transplantes de Órgãos ou Tecidos (padronizado pelo Ministério da Saúde), em anexo.
3	Cópia do Registro de Conselho de Classe.
4	Certidão de Nada Consta de infrações éticas, emitida pelo Conselho de Classe, com data inferior há 30 dias.
5	Declaração de solicitação de inclusão de membro ou formação de equipe, para realização de transplantes de rim em hospital autorizado, com assinatura provando ciência e concordância do diretor técnico do hospital.
6	Cópia do Título de Residência ou Especialidade, na área do transplante.
7	Comprovante de experiência em transplantes de rim, com tempo mínimo de 06 meses (pode ser a cópia da Portaria de habilitação anterior, se existir ou Declaração de experiência, assinada e carimbada por médicos autorizados em transplantes, informando local e tempo de experiência).

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

De posse dessa documentação, a CET/GO emite um parecer e se cumprido as exigências, solicita avaliação e autorização para o Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde - SNT/MS, que se em conformidade, publica a portaria de autorização para realização do transplante de rim, com definição do tempo de vigência em até 04 anos, para a renovação da autorização.

Cabe elucidar que para a renovação da autorização, a documentação é a mesma exigida para o início da autorização.

4. Da descrição das etapas para a realização do transplante de rim com doador vivo.

Atendido os critérios para a realização do transplante, o médico autorizado irá avaliar cada caso e definirá pela melhor conduta.

Após a inscrição do potencial receptor no cadastro técnico único - CTU e diante da possibilidade da realização do transplante com doador vivo, o médico autorizado irá orientar sobre os riscos e benefícios desse tipo de transplante.

Observação: Quando o potencial receptor for inscrito no Sistema Informatizado de Gerenciamento - SIG/SNT, concorrerá, automaticamente, ao transplante com doador falecido e continuará até a realização do procedimento independente do tipo de transplante, seguindo a legislação vigente (Portaria Nº 2600/2009).

Se for possível a realização do transplante com doador vivo, o médico irá orientar sobre a documentação pertinente (disposto no quadro 2), para encaminhar para CET/GO e, se de acordo, autorizar a realização do transplante.

Quadro 2: Documentos necessários para autorização e realização do transplante, com doador vivo.

- Xerox da documentação (identidade, C.P.F., cartão do SUS, comprovante de endereço);
- Termo de Autorização do Doador, duas vias, firmados por duas testemunhas, reconhecida em cartório, em anexo;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para a realização do transplante, assinado pelo médico autorizado para realização do transplante, em duas vias, em anexo;
- autorização judicial para doador (quando não for relacionado com o receptor) ou;

- > Se for casado, apresentar cópia da certidão de casamento ou união estável, oriundas de cartório cível;
- > se for entre irmãos, pai/filho, tio/sobrinho, primos, apresentar documentação (RG) com nome dos pais, ou, comprovante de parentesco com clara e incontestável identificação.

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

Observação: Os Termos devem ser preenchidos com letras legíveis, datados e devem constar em todas as páginas as assinaturas.

De posse dessa documentação, o médico autorizado para realização do transplante, deverá incluir também o possível doador no SIG/SNT.

Quando a documentação chegar na CET/GO, o setor responsável irá analisar e se estiver em conformidade com a legislação vigente, confirmará a inscrição do possível doador e do potencial receptor no SIG/SNT.

Em seguida, o setor emitirá o **Termo de Autorização para Realização do Transplante com Doador Vivo** (em anexo), encaminhando esse documento para o médico autorizado. Dessa forma, o transplante poderá ser realizado em momento oportuno.

Após o procedimento cirúrgico, o médico encaminhará para a CET/GO o **Termo de Realização do Transplante** (em anexo), no prazo máximo de 15 dias. Para fins de conhecimento e arquivamento do processo, de posse desse Termo a CET/GO homologa o transplante no SIG/SNT.

5. Considerações finais.

Se o transplante com doador vivo for realizado em hospitais da rede SUS, após o ato cirúrgico, o hospital encaminhará para a CET/GO a Autorização de Internação Hospitalar - AIH para o faturamento do transplante, onde o setor de Auditoria analisará e realizará a devolutiva da AIH para o hospital dar prosseguimento ao trâmite do faturamento.

Diante do exposto, o NÃO cumprimento de tais orientações e fluxos estabelecidos sem o consentimento da CET/GO, poderá acarretar em penalidades previstas na legislação vigente.

Sugere-se a elaboração e divulgação de fluxos internos nos centros transplantadores de rim, para qualificar o processo do transplante com doador vivo e evitar falhas.

É o que trata a presente Nota de Técnica.

6. Referência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2600, de 21 de outubro de 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html> Brasília, 2009. [Internet]. Acessado em 28, de outubro de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9175.htm> Brasília, 2017.[Internet]. Acessado em 23, de novembro de 2021.

7. Elaboração.

Enf. Me. Ricardo Ribamar da Silva

Coordenador de Credenciamento e Monitoramento - CET/SCRS/SES/GO.

Enf. Claudia Dos Santos Ladeia

Coordenadora da Distribuição de Órgãos e Tecidos -
CET/SCRS/SES/GO.

Enf. Nathália Carlyne Correia Mendonça

Organização de Procura de Órgãos - CET/SCRS/SES/GO.

Enf. Kátiuscia Christiane Freitas

Gerente de Transplantes - CET/SCRS/SES/GO.

Enf. Neusilma Rodrigues

Superintendente do Complexo Regulador em Saúde de Goiás -
SCRS/SES/GO.

COORDENAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E MONITORAMENTO, em
GOIANIA - GO, aos 23 dias do mês de novembro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO RIBAMAR DA SILVA, Coordenador (a)**, em 26/11/2021, às 09:51, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **CLAUDIA DOS SANTOS LADEIA, Coordenador (a)**, em 26/11/2021, às 09:50, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **NATHALIA CAROLYNE CORREIA MENDONCA, Gerente em Substituição**, em 26/11/2021, às 09:51, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **NEUSILMA RODRIGUES, Superintendente**, em 26/11/2021, às 12:13, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 01/12/2021, às 15:13, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site
http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000025431033** e o código CRC **18C493D4**.

COORDENAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E MONITORAMENTO
RUA 94 Nº 188, - Bairro SETOR SUL - GOIANIA - GO - CEP 74083-105 -
32012200.



Referência: Processo nº 202100010053561



SEI 000025431033



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

EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
RIM

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

Rim

- **dois nefrologistas**, com residência ou título de especialista, com experiência mínima de seis meses comprovada em serviço de transplante renal;
- **dois urologistas, ou um urologista e um cirurgião geral** com residência ou título de especialista, com treinamento formal de duração mínima de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência;



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

**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: _____

Telefones para contato 01: () _____ contato 02: () _____

Celular: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Número CRM/UF: _____ Nº do CPF do Profissional: _____

Especialidade médica na Equipe: _____

Nº da Equipe no SNT: _____

Equipe vinculada ao Estabelecimento:

_____	Nº do SNT	_____
_____	Nº do SNT	_____
_____	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.**



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DOADOR

Eu, _____ (nome),
(naturalidade) _____, (profissão) _____ (estado civil)
_____, R.G. _____, CPF _____, residente e
domiciliado(a) na rua _____
_____, (Cidade-Estado) _____, telefones
_____, autorizo, livre e espontaneamente, em caráter gratuito, a Equipe de
Transplante de _____, do Dr. _____,
Hospital _____ a efetuar a remoção de
_____, a fim de ser transplantado com a finalidade terapêutica no
receptor _____,
(indicar o vínculo com o receptor) _____, (naturalidade)
_____, (profissão) _____, (estado civil) _____, R.G.
_____, CPF _____, residente e domiciliado(a) na rua
_____ (Cidade/Estado)
_____, telefones _____.

Estou ciente de que esta **doação poderá ser por mim revogada a qualquer momento**, antes de iniciado o respectivo procedimento cirúrgico de retirada do _____ (órgão que está sendo doado), objeto da presente disposição, bem como que tal ato atende a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

Nome do doador: _____

Assinatura do doador: _____

Testemunhas:

Nome: _____ CPF: _____,

Endereço: _____ Cidade/Estado: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ CPF: _____,

Endereço: _____ Cidade/Estado: _____

Assinatura: _____

_____, ____/____/____
(local e data)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE RENAL

Eu, _____,
inscrito sob RGCT _____, CPF _____,
residente no endereço _____,
na cidade de _____, sob tratamento dialítico na clínica
_____ fui avaliado para transplante renal, realizei os exames
protocolares, conforme solicitados pela Equipe de Transplante Renal do Hospital
_____, Médico assistente _____ e
antes de ser inscrito (a) em lista única de rim (CET – Goiás), declaro que fui esclarecido sobre as
opções para o tratamento de minha doença e escolhi submeter-me ao transplante renal. Fui
informado (a) que a cirurgia pode levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas
que tudo será feito para tentar impedir o seu aparecimento. Estou ciente de que complicações
provenientes do órgão transplantado podem ocorrer, tais como: não funcionamento primário do
rim transplantado, tromboses das artérias e/ou veias, infecções pelos mais diferentes agentes
(bactérias, fungos, vírus, protozoários etc), dentre outras. Fui informado dos vários riscos
envolvidos no procedimento, inclusive risco de óbito durante ou após o ato cirúrgico. Estou ciente
ainda, que podem ocorrer complicações durante a cirurgia, como por exemplo, sangramentos, e
que, para corrigi-las, pode haver a necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados. Da
mesma forma fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para
minha cirurgia, como alergias aos anestésicos, dentre outras. Sou ainda informado que existe a
possibilidade de rejeição do novo órgão e que deverei fazer uso de medicamentos
IMUNOSSUPRESSORES para o tratamento preventivo ou terapêutico da rejeição do transplante
renal. Imunossupressores são indicados para o controle da rejeição aguda e crônica, aumentam a
sobrevida do enxerto e devem ser usados enquanto houver funcionamento do rim transplantado.
São contra indicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos, toxicidade. O risco
de aparecimento de alguns tipos de neoplasias (câncer) é aumentado, principalmente com o uso
destes fármacos em associação. Os principais efeitos colaterais são: anemia, diminuição das
células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal,
fezes com sangue, toxicidade para o fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão
de pele, perda de cabelo, aftas, dores articulares, *diabetes mellitus*, aumento de pelos, queda de
cabelo, alterações de colesterol e triglicérides, aumento da pressão arterial, dor articular,



retinopatia, falta de ar, pressão

baixa e reações de hipersensibilidade, tremores, convulsão etc._Tenho conhecimento que, terei que realizar frequentemente exames de sangue e urina para acompanhamento do órgão transplantado. Exames radiológicos e biópsia do rim podem ser necessários em algum período do pós transplante renal e dosagens sanguíneas dos medicamentos são realizadas com frequência. Estou ciente ainda que, durante a cirurgia ou no pós-operatório, é possível que apareçam novas situações que podem requerer procedimentos adicionais, como novas cirurgias. Recebi orientação que caso eu suspenda este tratamento sem orientação médica, corro o risco de perder o transplante e de voltar a necessitar de diálise.

Estou informado (a) que este Termo não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas apenas os mais frequentes. Sou sabedor (a) que apesar dos esforços da equipe, não existe garantia ou segurança absoluta no resultado desta cirurgia em relação à melhora na qualidade de vida. Foi me dado tempo para refletir e a equipe esteve à disposição para esclarecer todas as dúvidas, minha ou de meus familiares, antes que eu assinasse este consentimento.

Aceito o compromisso de comparecer regularmente aos retornos agendados para avaliação pré-transplante. Aceito o compromisso de comparecer aos retornos agendados para controles pós-transplante.

() Autorizo a equipe de transplante a utilizar informações coletadas sobre o meu tratamento (ou da pessoa pela qual sou responsável) para fins de publicação médico-científicas, desde que não haja identificação da minha pessoa (ou da pessoa pela qual sou responsável), podendo mudar de ideia a qualquer momento, sem que haja prejuízo no tratamento.

() Não autorizo a equipe de transplante a utilizar informações coletadas sobre o meu tratamento (ou da pessoa pela qual sou responsável) para fins de publicação médico-científicas, sem que haja prejuízo no tratamento.

Desta forma, assino o presente termo de esclarecimento em caráter irrevogável e irretratável.

Após as informações acima:

- () concordo em submeter-me ao transplante.
() não concordo com o procedimento proposto.



Paciente:		
RGCT do Paciente:		
Sexo do paciente: () Masculino () Feminino		Idade do Paciente:
Endereço:		
Cidade	CEP:	Telefone: ()
Responsável Legal (quando for o caso):		
CPF do Responsável Legal:		
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal		
Local e Data: _____, _____ / _____ / _____.		

Testemunha 1 – Nome:
Assinatura:
Local e Data: _____, _____ / _____ / _____.
Testemunha 2 – Nome:
Assinatura:
Local e Data: _____, _____ / _____ / _____.



SES
Secretaria de Estado
de Saúde



CET.CDOT.006 F14
Ed. 1/2021

Médico Responsável:		CRM:
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone:
Assinatura e Carimbo do Médico		
Local e Data: _____, _____ / _____ / _____.		

OBS:

1. Potencial receptor ou seu responsável deverá rubricar todas as páginas;
2. Assinatura das testemunhas não obrigatórias.

Central Estadual de Transplantes de Goiás
Rua 94, qd F-13, Lt 24 / St. Sul / Goiânia-GO / CEP:74.083-105
Fone/fax:(062)3201-2200
e-mail: transplantes.saude@goias.gov.br



TERMO DE REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE

Nome (receptor): _____

RGCT _____ CPF _____ Data de Nascimento _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Fonte pagadora: () SUS () Convênio () Particular

Declaro ter realizado transplante de _____

Equipe transplantadora: _____

Médico responsável: _____

Hospital: _____

Data do transplante: ____/____/____

Lateralidade do tecido/órgão do doador: () Direito () Esquerdo () Não se aplica

Em caso de mudança na lateralidade, justifique: _____

Assinatura do receptor transplantado

Assinatura do médico responsável

Local: _____, _____ de _____ de 20____.



SES
Secretaria de Estado
de Saúde



CET.CDOT.05 FI2
Ed. 1/2021

Obs.: De acordo com a Portaria nº 2600 de 21 de outubro de 2009:

- ✓ A manutenção e atualização das informações sobre os potenciais receptores inscritos para a realização de transplantes é de responsabilidade da equipe especializada a qual o inscreveu (Art. 29, § 1º).
- ✓ A informação dos dados relacionados aos transplantes realizados deverá ser alimentada no SIG/SNT após o transplante, e aos 3 (três) meses, ou 6 (seis) meses e anualmente, quando se aplique, exclusivamente pelas equipes especializadas de transplantes (Art. 46).
- ✓ A notificação de transplante realizado, será encaminhado à CET-GO, em formulário próprio, pela equipe transplantadora em até quinze dias após a realização do transplante.
- ✓ Mediante a impossibilidade da assinatura do paciente, justificar o motivo e o grau parentesco do responsável: _____

_____.

Central Estadual de Transplantes de Goiás
Rua 94, qd F-13, Lt 24 / St. Sul / Goiânia-GO / CEP:74.083-105
Fone/fax:(062)3201-2200
e-mail: transplantes.saude@goias.gov.br