



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO  
PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS**

Autorização

Renovação da autorização

**Nº do SNT:**

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**

A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

**Identificação do estabelecimento (conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES):**

Nome fantasia: \_\_\_\_\_

Nome empresarial: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_ Conveniado ao SUS: ( ) Sim ( ) Não

Natureza Jurídica: \_\_\_\_\_ Gestão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Diretor Técnico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Modalidade de Transplante:** \_\_\_\_\_

**Marcar a(s) faixa(s) etária(s) dos pacientes que serão atendidos pelo estabelecimento de transplante:**

( ) Pediátrico Tipo I (0 a 12 anos) ( ) Pediátrico Tipo II (13 a 18 anos) ( ) Adulto

**I – Equipe:**

**Equipe médica** – foi apresentada a lista de verificação de equipe: (  ) Sim (  ) Não

**Equipe multidisciplinar mínima:**

A. Nutricionista

Nome \_\_\_\_\_

Nº do registro profissional: \_\_\_\_\_

B. Fisioterapeuta:

Nome \_\_\_\_\_

Nº do registro profissional: \_\_\_\_\_

C. Psicólogo:

Nome \_\_\_\_\_

Nº do registro profissional: \_\_\_\_\_

D. Assistente social:

Nome \_\_\_\_\_

Nº do registro profissional: \_\_\_\_\_

E. Enfermeiro coordenador:

Nome \_\_\_\_\_

Nº do registro profissional: \_\_\_\_\_

F. Infectologista especializado (apenas para as modalidades de transplante de pulmão e de coração):

Nome \_\_\_\_\_

Nº do registro profissional: \_\_\_\_\_

**II – Obrigatórios – preencher somente sobre a modalidade de transplante solicitada:****A. Para a modalidade de transplante de coração:**

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: (  ) Sim (  ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: (  ) Sim (  ) Não
- Hospital dia: (  ) Sim (  ) Não
- Serviço de avaliação da função pulmonar, com prova de função pulmonar completa (próprio ou terceirizado) : (  ) Sim (  ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de broncoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de endoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

- CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não

- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não

- Sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas: ( ) Sim ( ) Não

- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não

- Ecocardiografia bidimensional: ( ) Sim ( ) Não

- Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não

- Unidade coronariana ou UTI cardiológica: ( ) Sim ( ) Não

**B. Para a modalidade de transplante de fígado:**

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de endoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não

- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não

- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não

- Ecocardiografia bidimensional: ( ) Sim ( ) Não

- Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não

- Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

- Unidade de terapia intensiva: ( ) Sim ( ) Não

**C. Para a modalidade de transplante de pâncreas:**

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de broncoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de endoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não

- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não

- Sistema de infusão controlada e aquecida de fluídios: ( ) Sim ( ) Não

- Ecocardiografia bidimensional: ( ) Sim ( ) Não
  - Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não
  - Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não
- Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_
- Equipe treinada para manejo de infecção em imunossuprimidos: ( ) Sim ( ) Não
  - Unidade de terapia intensiva: ( ) Sim ( ) Não
  - Unidade coronariana: ( ) Sim ( ) Não

**D. Para a modalidade de transplante de pulmão:**

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função pulmonar, com prova de função pulmonar completa (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de broncoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de endoscopia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não
  - Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
  - Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não
  - Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
  - Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
  - Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
  - Ecocardiografia bidimensional com medidor direcional de vazão: ( ) Sim ( ) Não
  - Cineangiografia: ( ) Sim ( ) Não
  - Sistema de infusão controlada e aquecida de fluídos e bombas de infusão rápida: ( ) Sim ( ) Não
  - Sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas: ( ) Sim ( ) Não
  - Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não
  - Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não
  - Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não
- Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_
- Unidade coronariana: ( ) Sim ( ) Não

**E. Para a modalidade de transplante de rim:**

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise intra-hospitalar (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não

- Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não  
Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_
- Equipe treinada para manejo de infecção em imunossuprimidos: ( ) Sim ( ) Não

**F. Para a modalidade de transplante de intestino delgado (TID) / transplante multivisceral (TMV) / transplante multivisceral modificado (TMVM):**

- Ambulatório para acompanhar os pacientes no pré e pós-transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Emergência funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Hospital dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de diálise aguda (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de endoscopia durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de fisioterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemodinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados e aférese (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de laboratório de análises clínicas (próprio ou terceirizado) com licença sanitária vigente: ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de neurologia com eletroencefalografia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de nutrição: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de odontologia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia convencional e vascular: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de tomografia computadorizada: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de ultrassonografia (doppler colorido): ( ) Sim ( ) Não
- Serviço especializado de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço social: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de avaliação da função cardíaca: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço com capacidade de realizar tipagem ABO durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de anatomia patológica (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não  
Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:  
Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_
- Disponibilidade de enteroscopia (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não  
Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:  
Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_
- Ecocardiografia bidimensional com medidor direcional de vazão: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas: ( ) Sim ( ) Não
- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea: ( ) Sim ( ) Não
- Eletrocardiografia convencional e dinâmica: ( ) Sim ( ) Não
- Referência de laboratório de histocompatibilidade: ( ) Sim ( ) Não  
Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_
- Equipe treinada para manejo de infecção em imunossuprimidos: ( ) Sim ( ) Não

**Declaro ciência de que devem ser, obrigatoriamente, anexados à proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, os seguintes documentos (formato não editável):**

- Cópia do alvará de funcionamento sanitário vigente, não se aceitando a simples apresentação de protocolo de solicitação de inspeção sanitária.
- Nominata, endereço eletrônico e telefone atualizados do diretor geral e técnico do estabelecimento/centro transplantador.
- Cópia dos contratos vigentes celebrados com terceiros na prestação de serviços.

---

Diretor do Estabelecimento

/ /

---

local

---

Data