



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 TECIDOS HUMANOS**

☐

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 (para os casos de Transplante de Membrana Amniótica e de Pele):

Declaro que a equipe multidisciplinar conta com:

- () Enfermeiro coordenador
- () Enfermeiros e técnicos de enfermagem
- () Fisioterapeutas
- () Psicólogos
- () Assistentes sociais

II – Obrigatórios – preencher somente sobre a modalidade de transplante solicitada:

A. Para as modalidades de transplante de membrana amniótica e de pele:

- Laboratório de análises clínicas, com licença sanitária vigente: () Sim () Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: () 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: _____
- Unidade de terapia intensiva (quando indicado): () Sim () Não

B. Para a modalidade de transplante de tecidos cardiovasculares:

- Laboratório de análises clínicas, com licença sanitária vigente (próprio ou terceirizado): () Sim () Não
Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:
Nome da empresa contratada: _____
CNPJ: _____
- Radiologia convencional: () Sim () Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: () 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: _____

- Serviço de hemoterapia: () Sim () Não
- Serviço de radiologia com tomografia computadorizada, disponível 24 (vinte e quatro) horas:
() Sim () Não
- Unidade de terapia intensiva (quando indicado): () Sim () Não

C. Para a modalidade de transplante de tecidos oculares:

- Geladeira para armazenamento dos tecidos com controle de temperatura: () Sim () Não
- Microscópio cirúrgico e demais equipamentos e instrumentos oftalmológicos para cirurgia e controle de qualidade dos tecidos oculares humanos: () Sim () Não
- Protocolo de conferência do tecido a ser utilizado, verificando os dados do doador e do receptor, data de validade do tecido, resultado dos exames sorológicos, temperatura da caixa e condições de acondicionamento do tecido: () Sim () Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: () Sim () Não
- Serviço de documentação médica e de prontuários de pacientes: () Sim () Não
- Serviço de esterilização: () Sim () Não

D. Para a modalidade de transplante de tecidos músculo esqueléticos:

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

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

Nome da empresa contratada: _____

CNPJ: _____

- Radiologia convencional: () Sim () Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: () 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: _____

- Serviço de radiologia com tomografia computadorizada, disponível 24 (vinte e quatro) horas:
() Sim () Não

- Serviço de tratamento de deformidades ósseas (quando aplicável): () 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